RAPPORT ANNUEL
2009-2010

Améliorer la qualité des services
Accroître la satisfaction des usagers
Assurer le respect des droits

Application de la procédure d'*examen des plaintes* et de l'amélioration de la *qualité des services*

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

POUR AGIR DANS L'INTÊRET DE LA PERSONNE

Québec

RAPPORT ANNUEL
2009-2010

APPLICATION DE LA PROCÉDURE
D'EXAMEN DES PLAINTES ET DE
L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Adopté à la séance ordinaire du conseil d'administration
du 30 septembre 2010

Édition produite par :

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Direction des affaires corporatives et des communications

Rédaction
Monsieur Denys Bernier,
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Secrétariat
Diane Després,
Adjointe administrative

Bureau du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Monsieur Louis Auger
Commissaire régional substitut aux plaintes et à la qualité des services

Andrée Dionne,
Adjointe administrative

Conception graphique des pages et faux-titre
Danielle Dupont

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, tant que la source est mentionnée.

Pour obtenir un exemplaire de ce document, s'adresser à :
Isabelle Lindsay
Centre de documentation
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
555, boulevard Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 3X7

Téléphone : 418 525-1500, poste 250
Courrier électronique : isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca

Le présent document peut être consulté dans la section « Documentation » du site Internet de l'Agence, à l'adresse ***www.rrsss03.gouv.qc.ca****.*

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010
Santécom
Assemblée nationale, 2010

ISBN : 978-2-89616-107-2 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89616-108-9 (version PDF)

MOT DU COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

En 2009-2010, les usagers des services, leurs représentants ou de tierces personnes se sont adressé aux commissaires locaux, aux médecins examinateurs des établissements et au commissaire régional de la région de la Capitale-Nationale à 3 197 reprises, dont 1 644 pour formuler une plainte, 266 pour signaler un problème ayant justifier une intervention et 1 287 pour une demande d'assistance.

L'ampleur des demandes témoigne de la pertinence de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services. Ces demandes permettent de mettre en évidence les écarts entre la qualité attendue par les usagers et la qualité rendue par les organisations sur les plans relationnel, professionnel, organisationnel et sur le respect des droits. Le regard singulier de l'utilisateur des services révèle souvent des aspects non couverts par les différentes démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité des services.

Ainsi, les usagers des services, leurs représentants ou de tierces personnes ont porté à notre attention 2 471 motifs d'insatisfaction dans les plaintes conclues et les interventions réalisées en 2009-2010. Ces motifs se concentraient principalement sous trois catégories : la dispensation des soins et des services, les relations interpersonnelles ainsi que l'accessibilité et la continuité des services. Parmi les motifs invoqués, 89 % ont été retenus pour examen (2 189). De ce nombre, 47 % (1 023) ont fait l'objet de 1 157 mesures correctives. C'est dans cet aspect que se manifeste la contribution particulière de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services.

En effet, grâce à leurs recommandations – formulées en toute indépendance – et à leur capacité de mobiliser et d'influencer les diverses organisations concernées par les motifs d'insatisfaction, les commissaires et les médecins examinateurs ont su introduire les changements nécessaires. Les changements apportés sont non seulement bénéfiques à ceux qui ont porté plainte ou qui ont signalé des anomalies menant à des interventions, mais aussi pour les futurs usagers des services.

La mise en œuvre des 1 157 mesures correctives a été facilitée par l'implication active des membres des comités de vigilance et de la qualité des services, instance de chaque conseil d'administration des établissements et de l'Agence, dont l'un des mandats est d'assurer le suivi des mesures correctives proposées. Soulignons également l'importante contribution des gestionnaires des organisations visées par les plaintes et les interventions. Ils ont généralement manifesté une ouverture pour discuter des motifs d'insatisfaction de leurs clients, et ils se sont impliqués et engagés dans l'identification et la mise en œuvre de solutions durables aux problèmes identifiés.

Les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements, ainsi que moi-même sommes fiers d'avoir contribué à bonifier les services, à hausser le taux de satisfaction des usagers et à garantir le respect de leurs droits. Agir dans l'intérêt des usagers constitue la raison d'être de nos actions. Nous souhaitons que cette raison d'être soit partagée, au quotidien, par l'ensemble des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Denys Bernier

Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

INTRODUCTION *7*

DROIT DES USAGERS *8*

PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES *9*

CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES *10*

FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS *10*

FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LE COMMISSAIRE RÉGIONAL *11*

PARTIE I *13*

COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET MÉDECINS EXAMINATEURS DES ÉTABLISSEMENTS 13

INTRODUCTION *15*

1.1 PLAINTES TRAITÉES 15

1.1.1 PLAINTES EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT ET À LA FIN DE L'EXERCICE 16

1.1.2 PLAINTES REÇUES 17

1.1.3 PLAINTES CONCLUES 18

1.1.4 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES 19

1.1.5 MESURES CORRECTIVES DES PLAINTES CONCLUES 24

1.1.6 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES 27

1.1.7 PLAINTES SOUMISES EN DEUXIÈME INSTANCE 28

1.2 INTERVENTIONS 30

1.2.1 INTERVENTIONS CONCLUES 31

1.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES 32

1.2.3 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES 33

1.3 DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION 35

1.4 AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES LOCAUX 35

PARTIE II *37*

LE COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES 37

INTRODUCTION *39*

2.1 PLAINTES 39

2.1.1 PLAINTES EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT ET À LA FIN DE L'EXERCICE 40

2.1.2 PLAINTES REÇUES 40

2.1.3 PLAINTES CONCLUES 41

2.1.4 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES 42

2.1.5 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES 45

2.1.6 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES 46

2.1.7 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES 47

2.1.8 RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN 48

2.2 SIGNALEMENTS ET INTERVENTIONS 49

2.2.1 INTERVENTIONS TRAITÉES 49

2.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES 50

2.2.3 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES 52

2.2.4 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES 53

2.2.5 DÉLAI DE TRAITEMENT DES INTERVENTIONS 54

2.3 CONSTATS PAR ORGANISATION VISÉE : PLAINTES ET INTERVENTIONS 55
2.3.1 RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES 56
2.3.2 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 57
2.3.3 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE 57
2.3.4 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 58

2.4 DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION 58
2.4.1 DEMANDES D'ASSISTANCE 59
2.4.2 DEMANDE DE CONSULTATION 60

2.5 AUTRES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE 60

ANNEXES 63

Liste des établissements de la région de la Capitale-Nationale 65

Liste des sigles et des acronymes 67

Description des catégories de motifs de plainte et d'interventions 68

Liste des tableaux 69

INTRODUCTION

La production du rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services fait partie des obligations légales de toute agence de la santé et des services sociaux. En effet, l'article 76.12 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) ou LSSSS prévoit ce qui suit:

> 76.12. Tout conseil d'administration d'une agence doit transmettre au ministre une fois par année un rapport faisant état de l'ensemble des rapports qu'il a reçus de chaque conseil d'administration d'un établissement.
>
> Ce rapport décrit les types de plaintes reçues, y compris les plaintes concernant les médecins, les dentistes ou les pharmaciens, et indique notamment pour chaque type de plaints:
>
> 1° Le nombre de plaintes reçues, rejetées sur examen sommaire, examinées, refusées ou abandonnées depuis le dernier rapport;
> 2° Les suites qui ont été données après leur examen;
> 3° Le nom de chaque établissement concerné;
> 4° Les délais d'examen des plaintes.
>
> Ce rapport doit également comprendre le bilan des activités du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services visé au paragraphe 9° du deuxième alinéa de l'article 66, décrire les motifs de plaintes que l'agence a elle-même reçues et indiquer notamment pour chaque type de plaintes :
>
> 1° Le nombre de plaintes reçues, rejetées sur examen sommaire, examinées, refusées ou abandonnées depuis le dernier rapport;
> 2° Les délais d'examen des plaintes;
> 3° Les suites qui ont été données après leur examen;
> 4° Le nombre de plaintes et les motifs des plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur des usagers.
>
> Il doit de plus faire état des principales mesures recommandées par les commissaires locaux et par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi que des principales mesures prises par les établissements et par l'agence en vue d'améliorer la satisfaction de la clientèle de même que le respect de ses droits. Le conseil d'administration y formule, au besoin, des objectifs de résultats sur toute question relative au respect des droits des personnes qui s'adressent au commissaire régional.

Après un rappel des droits des usagers et de la procédure d'examen des plaintes, la première partie de ce rapport présente une compilation de tous les rapports annuels sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, pour l'exercice 2009–2010, dans les établissements publics de la région de la Capitale-Nationale, incluant les établissements privés conventionnés et non conventionnés reconnus comme centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en vertu d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La deuxième partie fait état de l'examen des plaintes déposées et examinées à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale entre le 1er avril 2009 et le 31 mars 2010. On y trouve également un bilan des activités du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services durant cette même année.

DROIT DES USAGERS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) reconnaît plusieurs droits à tout usager du réseau de la santé et des services sociaux, notamment :

- le droit à l'information sur les services qui existent, sur l'endroit où ils peuvent être obtenus et sur la façon d'y avoir accès;
- le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, sur les solutions possibles de même que sur les risques et les conséquences généralement associées à ces solutions;
- le droit à des services adéquats sur les plans humain, scientifique et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire et le droit de choisir le professionnel ou l'établissement qui dispensera ces services, en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement des établissements ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent;
- le droit de donner ou de refuser un consentement à des soins;
- le droit de recevoir des soins en cas d'urgence;
- le droit de participer aux décisions qui concernent son état de santé et de bien-être;
- le droit à des services en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise, dans la mesure où le prévoit le programme d'accès à ces services élaboré dans la région;
- le droit d'être accompagné et assisté lorsqu'il désire obtenir un service ou des informations ou au cours d'une démarche de plainte;
- le droit d'exercer un recours lorsqu'une faute a été commise;
- le droit d'accès à son dossier;
- le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçue ou susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Le régime d'examen des plaintes est un moyen auquel les citoyens peuvent recourir afin de faire valoir et reconnaître leurs droits et de participer, ainsi, à l'amélioration de la qualité des services offerts à la population.

PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

La LSSSS (L.R.Q., chapitre S-4.2) permet aux usagers ou à leurs représentants de porter plainte auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services d'un établissement, s'ils sont insatisfaits des services reçus ou qu'ils auraient dû recevoir, reçoivent ou requièrent de l'établissement. Ce recours concerne également les ressources intermédiaires ou de type familial ou tout autre organisme, société ou personne auxquelles l'établissement recourt pour la prestation de ces services.

De plus, la loi prévoit l'examen, par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services de l'agence de santé et de services sociaux de la région concernée, des plaintes relatives :

- aux services des organismes communautaires correspondant aux critères de l'article 334 de la LSSSS (L.R.Q., chapitre S-4.2);
- aux services des résidences privées pour personnes âgées;
- aux services préhospitaliers d'urgence;
- à toute activité ou fonction de l'Agence qui affecte personnellement le plaignant;
- aux services d'un organisme, d'une société ou d'une personne, dont les services ou les activités sont liés au domaine de la santé et des services sociaux, et avec lesquels une entente de services aux fins de leur prestation a été conclue par l'Agence.

Le délai prévu par la LSSSS pour transmettre les conclusions d'une plainte a été fixé à 45 jours. Toutefois, certaines circonstances peuvent entraîner des délais supplémentaires pour conclure l'examen du dossier. Le plaignant peut alors accepter ou refuser de prolonger le délai. Mais dans tous les cas, le retard ouvre la voie à un recours au Protecteur du citoyen. Ainsi, le cheminement prévu par le régime d'examen des plaintes se résume comme suit :

LES DEUX PALIERS DU RÉGIME D'EXAMEN

Établissements *		Agence **
Procédure générale	Actes médicaux	Organismes communautaires Résidences privées pour personnes âgées Services préhospitaliers d'urgence Activités et fonctions de l'Agence
1er recours Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	**1er recours** Médecin examinateur	**1er recours** Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
2e recours Protecteur du citoyen	**2e recours** Comité de révision	**2e recours** Protecteur du citoyen

* Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), articles 29 à 59

** Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), articles 60 à 72

CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES

Toute personne qui désire formuler une plainte auprès d'un établissement de la région, de l'Agence ou du Protecteur du citoyen peut être assistée et accompagnée gratuitement, sur demande, par le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de la Capitale-Nationale.

Le CAAP est l'organisme communautaire mandaté par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour aider le citoyen dans ses démarches. Le CAAP peut être joint au 418 681-0088 ou au 1 877 767-2227.

Tout au long du processus d'examen d'une plainte, les personnes plaignantes sont assurées d'être informées des étapes essentielles et des délais de traitement de leurs plaintes. De plus, les plaignants reçoivent, au terme du processus, les conclusions motivées sur les différents éléments de leurs plaintes.

FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS

En 2009-2010, les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements ont traité 1 710 plaintes d'usagers ou de leurs représentants, dont 1 610 ont été conclues et 100 étaient en cours de traitement au 31 mars 2010.

Les plaintes conclues à l'intérieur des 45 jours souhaités par le régime d'examen des plaintes représentaient 85 % (1 188) des plaintes soumises aux commissaires locaux et 54 % (117) des plaintes présentées aux médecins examinateurs, ce qui constitue une amélioration par rapport à 2008-2009.

Sur l'ensemble des plaintes traitées par les commissaires locaux (1 476), 27 ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen. Quant aux plaintes traitées par les médecins examinateurs (194), 25 ont été transférées au comité de révision des établissements.

Les plaintes reçues en cours d'année (1 579) concernaient principalement les CHSGS (63 %), les CLSC (12 %) et les CHSP (11 %), suivis des CHSLD (6 %) et des CPEJ (4 %). (Voir annexe II pour la signification des sigles)

Les 1 610 plaintes conclues cumulaient 2 032 motifs d'insatisfaction des usagers ou de leurs représentants, dont 88 % ont été retenus pour examen (1 787). De ce nombre, 790 motifs ont entraîné la proposition de 853 mesures correctives formulées par les commissaires locaux (773) et par les médecins examinateurs (79).

En 2009-2010, les commissaires locaux ont traité 260 demandes interventions en provenance de la population ou des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, dont 245 interventions avaient été conclues et 15 étaient en cours de traitement au 31 mars 2010. Les interventions conclues concernaient principalement les CHSGS (57 %), les CHSLD (14 %) et les CLSC (13 %).

Les 245 interventions conclues cumulaient 275 motifs d'insatisfaction, dont 266 ont été retenus pour examen. De ce nombre, 149 motifs ont fait l'objet de 161 mesures correctives formulées par les commissaires locaux.

Conformément à leur mandat, les commissaires locaux ont répondu à 1 140 demandes d'assistance (soutien à une démarche) et à 234 demandes de consultation (avis) de la part des commissaires locaux, du commissaire régional, du Protecteur du citoyen et de différents partenaires du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des suivis.

FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LE COMMISSAIRE RÉGIONAL

En 2009-2010, le commissaire régional a traité 75 plaintes en provenance d'usagers ou de leurs représentants, dont 70 plaintes ont été conclues et 5 étaient en cours de traitement au 31 mars 2010.

Dans une proportion de 45,7 % (32), les plaintes ont été conclues (70) à l'intérieur des 45 jours souhaités par le régime d'examen des plaintes.

Trois plaintes ont fait l'objet d'un recours en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen.

Les plaintes reçues en cours d'année (65) concernaient principalement les résidences pour personnes âgées (34 %) et les organismes communautaires (31 %), suivis des services préhospitaliers d'urgence (12 %), de l'Agence (12 %) et d'autres secteurs (11 %).

Les 70 plaintes conclues cumulaient 125 motifs d'insatisfaction invoqués par les usagers ou leurs représentants, dont 100 ont été retenus pour examen. De ce nombre, 55 motifs ont fait l'objet de 94 mesures correctives dont 31 en lien avec un engagement de l'organisation visée et 63 recommandations du commissaire régional. Les mesures correctives ont été implantées par l'organisation visée dans une proportion de 90 %.

En 2009-2010, le commissaire régional a reçu 35 signalements de la part de la population ou des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, dont 24 ont fait l'objet d'une intervention auprès de l'organisation visée et 5 étaient en cours de traitement au 31 mars 2010. Les interventions conclues en 2009-2010 (24) concernaient principalement les résidences pour personnes âgées (79 %), suivies des services préhospitaliers d'urgence (14 %) et des organismes communautaires (7 %).

Les 24 interventions conclues cumulaient 39 motifs d'insatisfaction, dont 36 ont été retenus pour examen. De ce nombre, 29 motifs ont fait l'objet de 49 mesures correctives, en lien avec un engagement de l'organisation visée (28) ou d'une recommandation du commissaire régional (21). Les mesures correctives ont été implantées par l'organisation visée dans une proportion de 78 %.

Conformément à son mandat, le bureau du commissaire régional a répondu à 147 demandes d'assistance (soutien à une démarche) et à 16 demandes de consultation (avis) de la part des commissaires locaux, du Protecteur du citoyen et des partenaires du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des suivis.

PARTIE I

COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

MÉDECINS EXAMINATEURS

DES ÉTABLISSEMENTS

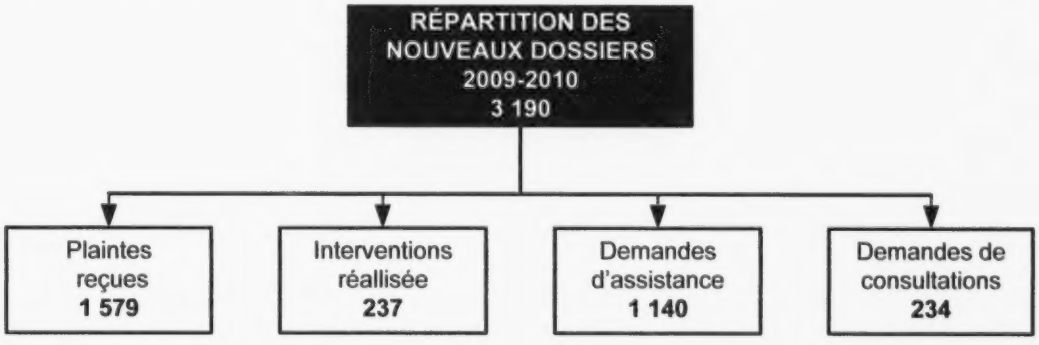
INTRODUCTION

Selon l'article 76.12 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services produit par chacune des agences doit faire état de l'ensemble des rapports soumis par les établissements de la région (voir la liste des établissements à l'annexe I).

Les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services et les médecins examinateurs des établissements de la région ont reçu 1 579 nouvelles plaintes, en 2009-2010, formulées par les usagers ou leurs représentants.

Les commissaires locaux ont ouvert 237 dossiers d'intervention à la suite d'un signalement d'un usager, d'un citoyen, d'un intervenant ou de leur propre initiative. Ils ont répondu à 1 140 demandes d'assistance d'usagers ou de citoyens. Ils ont également donné leur avis à la suite de 234 demandes de consultation sur le régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services.

Ainsi, les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements de la région ont ouvert 3 190 nouveaux dossiers en 2009-2010 dans le Système d'information sur la gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS).



1.1 PLAINTES TRAITÉES

En 2009-2010, 1 710 plaintes d'usagers ou de leurs représentants ont été traitées par les commissaires locaux (86 %) et les médecins examinateurs (14 %). De ce nombre, 1 579 avaient été déposées durant l'année 2009-2010 et 131 étaient en cours de traitement au 1er avril 2009. Des 1 710 plaintes traitées en 2009-2010, 1 610 ont été conclues et 100 étaient en cours de traitement au 31 mars 2010 (tableau 1.1). Sur l'ensemble des plaintes traitées, 52 ont été transférées en deuxième instance.

Les 1 579 plaintes reçues en 2009-2010 représentent une légère diminution (- 14) par rapport à l'année précédente (1 593), mais constituent une augmentation de 174 plaintes comparativement à 2007-2008. La diminution observée en 2009-2010 est attribuable à la baisse (- 33) des plaintes reçues par les médecins examinateurs, compensée par une augmentation des plaintes adressées aux commissaires locaux (+ 19).

Il y a eu 1 610 plaintes conclues en 2009-2010. C'est 38 de moins que l'année précédente (1 648). Cette diminution se répartit presque également entre les commissaires locaux (- 21) et les médecins examinateurs (- 17). Par rapport à 2007-2008, on a enregistré une augmentation de 183 plaintes conclues. L'année 2009-2010 se classe au troisième rang en importance pour les plaintes conclues depuis 2003-2004.

En 2009-2010, 94 % des plaintes totales (1 710) à traiter ont été conclues (1 610) en cours d'année, comparativement à 93 % en 2008-2009 et à 88 % en 2007-2008.

TABLEAU 1.1
Nombre de plaintes traitées, selon le statut, le responsable et l'année

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE	TRANSMISES EN DEUXIÈME INSTANCE
COMMISSAIRES LOCAUX						
2009-2010	**91**	**1 385**	**1 476**	**1 396**	**80**	**27**
2008-2009	136	1 366	1 502	1 417	91	25
2007-2008	135	1 168	1 303	1 167	136	30
MÉDECINS EXAMINATEURS						
2009-2010	**40**	**194**	**234**	**214**	**20**	**25**
2008-2009	43	227	270	231	40	30
2007-2008	66	237	303	260	43	27
TOTAL						
2009-2010	**131**	**1 579**	**1 710**	**1 610**	**100**	**52**
2008-2009	179	1 593	1 772	1 648	131	55
2007-2008	201	1 405	1 606	1 427	179	57

1.1.1 PLAINTES EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT ET À LA FIN DE L'EXERCICE

Des 131 plaintes en cours d'examen au début de l'exercice financier 2009-2010, 69 % (91) avaient été adressées aux commissaires locaux et 31 % (40) aux médecins examinateurs (tableau 1.1). Chez les commissaires locaux, les plaintes en cours de traitement concernaient principalement les missions CHSGS (44 %) et CLSC (24 %), tout en touchant l'ensemble des missions, à l'exception du CRPAT (voir l'annexe II pour la signification des sigles). Chez les médecins examinateurs, les plaintes en cours d'examen concernaient à 98 % deux missions : CHSGS (93 %) et CLSC (5 %) (tableau 1.2).

À la fin de l'exercice financier 2009-2010, les 100 plaintes en cours d'examen se retrouvaient à 80 % chez les commissaires locaux et à 20 % chez les médecins examinateurs (tableau 2.1). Chez les commissaires locaux, les plaintes en cours de traitement concernaient principalement les missions CHSGS (46 %) et CLSC (29 %), tout en touchant l'ensemble des missions.

Chez les médecins examinateurs, les plaintes en cours d'examen se concentrant dans presque exclusivement (19 sur 20) la mission CHSGS (tableau 1.2).

TABLEAU 1.2
Nombre et pourcentage de plaintes en cours d'examen au début et à la fin de l'exercice 2009-2010, selon le responsable et la mission des établissements

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	COMMISSAIRES LOCAUX				MÉDECINS EXAMINATEURS			
	AU DÉBUT DE L'EXERCICE		À LA FIN DE L'EXERCICE		AU DÉBUT DE L'EXERCICE		À LA FIN DE L'EXERCICE	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
CLSC	22	24 %	23	29 %	2	5 %	0	0 %
CHSGS	40	44 %	37	46 %	37	93 %	19	95 %
CHSP	4	4 %	1	1 %	0	0 %	1	5 %
CHSLD	11	12 %	5	6 %	1	2 %	0	0 %
CPEJ	4	4 %	4	5 %	0	0 %	0	0 %
CRDI-TED	6	7 %	3	4 %	0	0 %	0	0 %
CRPAT	0	0 %	4	5 %	0	0 %	0	0 %
CRDP	4	4 %	3	4 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	91	100 %	80	100 %	40	100 %	20	100 %

1.1.2 PLAINTES REÇUES

Les 1 579 plaintes reçues en 2009-2010 concernaient principalement les CHSGS (63 %), les CLSC (12 %) et le CHSP-Institut universitaire en santé mentale de Québec (11 %) (tableau 1.3). Cette situation est semblable à l'année précédente. Chez les médecins examinateurs, les plaintes reçues portaient principalement sur les CHSGS (91 %), reflétant ainsi la concentration des soins médicaux requis par les usagers.

Onze CHSLD n'ont déclaré aucune plainte pour l'année 2009-2010, ce qui constitue une augmentation par rapport à 2008-2009 (4) et l'équivalent de 2007-2008 (11) (voir annexe I).

TABLEAU 1.3
Nombre et pourcentage de plaintes reçues en 2009-2010, selon le responsable et la mission des établissements

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
CLSC	187	14 %	8	4 %	195	12 %
CHSGS	817	59 %	176	91 %	993	63 %
CHSP	164	12 %	7	3,5 %	171	11 %
CHSLD	90	6 %	2	1 %	92	6 %
CPEJ	63	4,5 %	0	0 %	63	4 %
CRDI-TED	19	1 %	0	0 %	19	1 %
CRPAT	8	0,5 %	0	0 %	8	0,5 %
CRDP	37	3 %	1	0,5 %	38	2,5 %
TOTAL	1 385	100 %	194	100 %	1 579	100 %

1.1.3 PLAINTES CONCLUES

Les 1 610 plaintes conclues avaient 1 622 auteurs. Une plainte peut être formulée par plus d'une personne. Ces auteurs étaient les usagers eux-mêmes dans 69 % des cas; 24 % étaient des représentants des usagers et 7 % étaient des tiers (tableau 1.4), lesquels n'ont pas le statut légal requis pour formuler une plainte au nom d'un usager. En 2008-2009, ces proportions étaient similaires.

En 2009-2010, les représentants des usagers ont été en plus forte proportion (28 %) chez les auteurs des plaintes traitées par les médecins examinateurs que celles traitées par les commissaires locaux (23%).

TABLEAU 1.4

Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le responsable et l'auteur

ANNÉE	USAGER		REPRÉSENTANT		TIERS		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
COMMISSAIRES LOCAUX								
2009-2010	**977**	**70 %**	**329**	**23 %**	**99**	**7 %**	**1 405**	**100 %**
2008-2009	986	70 %	347	24 %	87	6 %	1 420	100 %
MÉDECINS EXAMINATEURS								
2009-2010	**134**	**62 %**	**62**	**28 %**	**21**	**10 %**	**217**	**100 %**
2008-2009	150	65 %	57	24 %	25	11 %	232	100 %
TOTAL								
2009-2010	**1 111**	**69 %**	**391**	**24 %**	**120**	**7 %**	**1 622**	**100 %**
2008-2009	1 136	69 %	404	25 %	112	6 %	1 652	100 %

Si l'on exclut la mission CHSP-Institut universitaire en santé mentale de Québec, l'ensemble des missions a totalisé une baisse de 100 plaintes conclues en 2009-2010 comparativement à 2008-2009. Cette diminution est attribuable principalement aux missions CLSC (- 56) et CHSGS (- 27), qui représentent 83 % de la réduction. Celle-ci a été toutefois compensée par une hausse (+ 62) des plaintes relatives à la mission CHSP-Institut universitaire en santé mentale de Québec, ce qui explique qu'on ait enregistré une baisse globale de seulement 38 plaintes conclues (tableau 1.5)

TABLEAU 1.5

Nombre de l'ensemble des plaintes conclues, selon l'année et la mission des établissements

ANNÉE	CHSGS	CHSP	CLSC	CHSLD	CJ	CR	TOTAL
2009-2010	**1 014**	**173**	**196**	**99**	**63**	**65**	**1 610**
2008-2009	1 041	111	252	104	70	70	1 648
2007-2008	919	63	217	105	66	57	1 427
2006-2007	980	102	194	98	75	73	1 522

Les 1 610 plaintes conclues en 2009-2010 concernaient, à l'instar des plaintes reçues, principalement les missions CHSGS (63 %), CLSC (12 %) et CHSP-Institut universitaire en santé mentale de Québec (11 %) (tableau 1.6). Cette situation est semblable aux années précédentes. Chez les commissaires locaux, les plaintes conclues épousaient le profil général tout en touchant l'ensemble des missions, alors que, chez les médecins examinateurs, les plaintes conclues concernaient principalement (91 %) la mission CHSGS (tableau 1.6)

TABLEAU 1.6

Nombre et pourcentage de plaintes conclues en 2009-2010, selon le responsable et la mission des établissements

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
CLSC	186	13 %	10	4, 6 %	196	12 %
CHSGS	820	59 %	194	91 %	1 014	63 %
CHSP	167	12 %	6	3 %	173	11 %
CHSLD	96	7 %	3	1 %	99	6 %
CPEJ	63	4,5 %	0	0 %	63	4 %
CRDI-TED	22	1,5 %	0	0 %	22	1,3 %
CRPAT	4	0,3 %	0	0 %	4	0,2 %
CRDP	38	2,7 %	1	0,4 %	39	2,5 %
TOTAL	**1 396**	**100 %**	**214**	**100 %**	**1 610**	**100 %**

1.1.4 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES

Les 2 032 motifs de plainte traités par les commissaires locaux et les médecins examinateurs en 2009-2010 représentaient une augmentation de 4 % (76) par rapport à l'année antérieure et de 13 % comparativement à 2007-2008 (tableau 1.7). L'année 2009-2010 se classe au deuxième rang en importance pour le nombre de motifs traités depuis 2003-2004 (premier rang : 2 064).

TABLEAU 1.7

Nombre de motifs pour l'ensemble des plaintes conclues, selon l'année

ANNÉE	MOTIFS DE PLAINTE	ÉCART
2009-2010	2 032	↑ 4 %
2008-2009	1 956	↑ 9 %
2007-2008	1 789	↓ 9 %

Les 1 610 plaintes conclues en 2009-2010 par les établissements cumulaient 2 032 motifs de plainte, soit une moyenne de 1,26 motif par plainte, comparativement à 1,18 motif en 2008-2009 (tableau 1.8). Chez les commissaires locaux, la moyenne de motifs par plainte (1,28) a été plus élevée que celle observée (1,14) chez les médecins examinateurs.

Les 2 032 motifs de plainte se concentraient, dans une proportion de 89 %, dans 4 catégories : les soins et les services dispensés (33 %), les relations interpersonnelles (24 %), l'accessibilité et la continuité des services (20 %) et l'organisation du milieu ou du matériel (12 %). Cette situation est relativement semblable à l'année précédente, où 90 % des motifs de plainte se regroupaient dans ces mêmes catégories (tableau 1.8).

TABLEAU 1.8

Nombre et pourcentage de motifs pour l'ensemble des plaintes conclues, selon la catégorie de motif et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS	NOMBRE ET POURCENTAGE DE MOTIFS			
	2009-2010		2008-2009	
Relations interpersonnelles	487	24 %	452	23 %
Soins et services dispensés	673	33,1 %	528	27 %
Accessibilité et continuité	408	20 %	508	26 %
Organisation milieu/matériel	251	12,4 %	271	14 %
Aspect financier	80	4 %	89	4 %
Droits particuliers	128	6,3 %	93	5 %
Autres	5	0,2 %	15	1 %
TOTAL	2 032	100 %	1 956	100 %

Les données du tableau 1.9 font ressortir une concentration plus ou moins forte des motifs de plainte selon qu'ils ont été soumis aux commissaires locaux ou aux médecins examinateurs.

En effet, les motifs de plainte traités par les médecins examinateurs se sont concentrés, dans une proportion de 91 %, dans deux catégories : soins et services dispensés (58 %) et relations interpersonnelles (33 %). Chez les commissaires locaux, 74 % des motifs de plainte se retrouvaient dans trois catégories : soins et services dispensés (30 %), relations interpersonnelles (22,7 %) et accessibilité et continuité (22 %).

TABLEAU 1.9

Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2009-2010, selon le responsable et la catégorie de motif

CATÉGORIES DE MOTIFS	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Relations interpersonnelles	406	22,7 %	81	33 %	487	24 %
Soins et services dispensés	531	30 %	142	58 %	673	33,1 %
Accessibilité et continuité	397	22 %	11	5 %	408	20 %
Organisation milieu/matériel	251	14 %	0	0 %	251	12,4 %
Aspect financier	79	4,4 %	1	0,4 %	80	4 %
Droits particuliers	119	6,6 %	9	3,6 %	128	6,3 %
Autres	5	0,3 %	0	0 %	5	0,2 %
TOTAL	**1 788**	**100 %**	**244**	**100 %**	**2 032**	**100 %**

Parmi les motifs de plainte, seulement 11 % (240) n'ont pas été complètement traités par les commissaires locaux et les médecins examinateurs (tableau 1.10). Ce chiffre représente une légère augmentation par rapport à l'année 2008-2009 (9 %).

En 2009-2010, la proportion des motifs dont le traitement n'a pas été complété par les médecins examinateurs a été seulement de 9 % (24/244), alors qu'elle a été de 12 % chez les commissaires locaux (216/1 783) (tableau 1.10). Chez les médecins examinateurs, les motifs dont le traitement n'a pas été complété se retrouvaient en totalité dans deux catégories : soins et services dispensés (48 %) et relations interpersonnelles (42 %). Chez les commissaires locaux, ces mêmes motifs se répartissaient dans l'ensemble des catégories, avec une prédominance pour les soins et services dispensés (37 %) et les relations interpersonnelles (28 %).

Parmi les motifs de plainte dont le traitement n'a pas été complété (240), dans 35 % (85) des cas la plainte a été abandonnée par l'usager ou son représentant, 35 % (84) des motifs ont été rejetés sur examen sommaire et 29 % (71) ont vu leur traitement refusé ou cessé en cours d'examen (tableau 1.11). Avec une proportion de 41,7 % (10/24) de motifs rejetés sur examen sommaire, les médecins examinateurs se distinguent des commissaires locaux, qui ont rejeté seulement 34,3 % (74/216) des motifs de plainte.

TABLEAU 1.10

Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2009-2010, selon le responsable, les catégories de motifs et le stade de traitement

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ		TRAITEMENT COMPLÉTÉ		TOTAL DES MOTIFS	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
COMMISSAIRES LOCAUX						
Relations interpersonnelles	61	28 %	344	22 %	405	23 %
Soins et services dispensés	80	37 %	450	29 %	530	30 %
Accessibilité et continuité	26	12 %	370	23,6 %	396	22 %
Organisation milieu/matériel	16	8 %	235	15 %	251	14 %
Aspect financier	12	6 %	65	4 %	77	4 %
Droits particuliers	18	8 %	101	6,3 %	119	6,7 %
Autres	3	1 %	2	0,1 %	5	0,3 %
SOUS-TOTAL	**216**	**100 %**	**1 567**	**100 %**	**1 783***	**100 %**
MÉDECINS EXAMINATEURS						
Relations interpersonnelles	10	42 %	71	32,3 %	81	33 %
Soins et services dispensés	14	48 %	128	58,2 %	142	58 %
Accessibilité et continuité	0	0 %	11	5 %	11	5 %
Organisation milieu/matériel	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Aspect financier	0	0 %	1	0,5 %	1	0,4 %
Droits particuliers	0	0 %	9	4 %	9	3,6 %
Autres	0	0 %	0	0 %	0	0 %
SOUS-TOTAL	**24**	**100 %**	**220**	**100 %**	**244**	**100 %**
TOTAL	**240**	**100 %**	**1 787**	**100 %**	**2 027***	**100 %**

* SIGPAQS indique cinq motifs additionnels classés « autres », c'est-à-dire dont le traitement n'a été ni complété ni non complété.

TABLEAU 1.11

Nombre de motifs pour les plaintes conclues en 2009-2010, selon le responsable, les catégories de motifs et les catégories de traitement

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ			TRAITEMENT COMPLÉTÉ		TOTAL
	REJETÉ SUR EXAMEN SOMMAIRE	ABANDONNÉ PAR L'USAGER	REFUSÉ/ CESSÉ	SANS MESURE CORRECTIVE	AVEC MESURES CORRECTIVES	
COMMISSAIRES LOCAUX						
Relations interpersonnelles	24	23	14	147	**197**	405
Soins et services	34	28	18	233	**217**	530
Accessibilité/continuité	5	14	7	241	**129**	396
Organisation milieu/matériel	4	5	7	137	**98**	251
Aspect financier	3	3	6	38	**27**	77
Droits particuliers	4	6	8	51	**50**	119
Autres	0	1	2	1	**1**	5
SOUS-TOTAL	**74**	**80**	**62**	**848**	**719**	**1 783***
	216			**1 567**		
MÉDECINS EXAMINATEURS						
Relations interpersonnelles	5	3	2	46	**25**	81
Soins et services	5	2	7	92	**36**	142
Accessibilité/continuité	0	0	0	7	**4**	11
Organisation milieu/matériel	0	0	0	0	**0**	0
Aspect financier	0	0	0	1	**0**	1
Droits particuliers	0	0	0	3	**6**	9
Autres	0	0	0	0	**0**	0
SOUS-TOTAL	**10**	**5**	**9**	**149**	**71**	**244**
	24			**220**		
TOTAL	**84**	**85**	**71**	**997**	**790**	**2 027***
	240			**1 787**		

* SIGPAQS indique cinq motifs additionnels classés « autres », c'est-à-dire dont le traitement n'a été ni complété ni non complété.

Sur l'ensemble des motifs de plainte dont le traitement a été complété (1 787) en 2009-2010 par les commissaires locaux et les médecins examinateurs, 56 % n'ont fait l'objet d'aucune mesure corrective (997) et 44 % (790) ont donné lieu à des mesures correctives (tableau 1.11). Cette répartition est exactement la même que celle de l'année précédente. Dans certains cas, il y a absence de mesures correctives parce que le problème à l'origine de la plainte a été résolu en cours de traitement ou que le motif de la plainte n'était pas valable.

Les médecins examinateurs ont enregistré une proportion (67 %) plus élevée de motifs de plainte (149/220), dont le traitement n'a donné lieu à aucune mesure corrective, que les commissaires locaux (54 %).

Parmi les motifs de plainte dont le traitement a été complété, c'est relativement à l'accessibilité et à la continuité des services qu'on trouve la plus forte proportion (65 %) de motifs n'ayant entraîné aucune mesure corrective (241/370) de la part des commissaires locaux, alors que, chez les médecins examinateurs (92/128), c'est le motif des soins et des services (71 %).

1.1.5 MESURES CORRECTIVES DES PLAINTES CONCLUES

Les commissaires locaux et les médecins examinateurs ont proposé, à l'intention des organisations concernées, 853 mesures correctives ou recommandations pour répondre aux 790 motifs de plainte ayant justifié de telles mesures. Cela représente un rapport de 1,07 mesure par motif de plainte. Ce dernier rapport a légèrement augmenté comparativement à l'année précédente (1,04).

COMMISSAIRES LOCAUX

Afin d'améliorer la qualité des services, les commissaires locaux ont proposé 774 mesures correctives pour répondre aux 719 motifs d'insatisfaction dont le traitement a mené à des mesures (tableau 1.12). La majorité (52 %) des mesures correctives avaient une portée globale, c'est-à-dire qu'elles visaient l'amélioration du service à la clientèle dans son ensemble, alors que 48 % visaient à résoudre un problème propre au plaignant (tableau 1.12).

Les mesures correctives à portée individuelle (373) répondaient à des motifs de plainte associés aux relations interpersonnelles (39 %), aux soins et aux services dispensés (26 %) et à l'accessibilité ou à la continuité des soins (15 %). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés se concentraient dans deux catégories : la sensibilisation ou la formation des intervenants (39 %) et l'adaptation des soins et des services aux besoins particuliers des personnes (33 %).

Quant aux mesures correctives à portée globale (400), elles avaient pour objectif principal de résoudre des problèmes associés aux soins et aux services (34 %) et à l'accessibilité ou à la continuité des soins (21 %), suivis de l'organisation du milieu (17 %) et des relations interpersonnelles (15 %). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés concernaient presque majoritairement (47 %) l'adaptation des soins et des services pour une catégorie d'usagers, suivie de l'adaptation des règles et des procédures, tant administratives que cliniques (22 %).

Par ailleurs, les commissaires locaux ont soumis 12 motifs de plainte aux directions concernées des établissements afin qu'ils soient examinés et, le cas échéant, que soient appliquées, auprès de l'employé concerné par la plainte, les mesures disciplinaires appropriées.

TABLEAU 1.12
Nombre de mesures correctives pour les plaintes conclues par les commissaires locaux en 2009-2010, selon la catégorie de motif

CATÉGORIE DES MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIE DES MOTIFS							TOTAL	
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION MILIEU MATÉRIEL	ASPECT FINANCIER	DROITS PARTICULIERS	AUTRES		
À PORTÉE INDIVIDUELLE : 48 % (373)									
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins/services	44	48	14	11	0	7	0	124	33 %
Adaptation milieu/matériel	1	1	4	7	0	0	0	13	3 %
Ajustement financier	1	0	3	0	20	2	0	26	7 %
Conciliation/médiation	3	2	3	3	0	0	1	12	3 %
Sensibilisation intervenant	82	35	13	6	3	4	0	143	39 %
Obtention services	0	5	16	4	0	0	0	25	7 %
Respect des droits	2	2	0	0	1	3	0	8	2 %
Respect du choix	1	1	1	0	0	1	0	4	1 %
Autres	11	4	2	2	0	0	0	19	5 %
SOUS-TOTAL	**145**	**98**	**56**	**33**	**24**	**17**	**1**	**374**	**100 %**
À PORTÉE GLOBALE : 52 % (400)									
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins/services	39	65	51	18	3	13	0	189	47,3 %
Adaptation milieu/matériel	2	5	5	35	0	3	0	50	12 %
Adoption règles/procédures	9	12	20	9	4	5	0	89	22 %
Ajustement financier	0	0	2	0	2	0	0	4	1 %
Communication/promotion	5	11	4	3	0	6	0	29	7 %
Formation/supervision	4	13	1	3	0	1	0	22	6 %
Respect des droits	2	2	1	0	1	8	0	14	4 %
Autres	0	0	1	1	0	1	0	3	0,7 %
SOUS-TOTAL	**61**	**138**	**85**	**69**	**10**	**37**	**0**	**400**	**100 %**
TOTAL	**206**	**236**	**141**	**102**	**34**	**54**	**1**	**774**	**100 %**

MÉDECINS EXAMINATEURS

Les médecins examinateurs ont proposé 79 mesures correctives (tableau 1.13) pour répondre aux 71 motifs d'insatisfaction dont le traitement a été complété en menant à une mesure corrective (tableau 1.13). Contrairement à celles des commissaires locaux, la très grande majorité (68 %) des mesures correctives des médecins examinateurs étaient de portée individuelle, alors que 32 % étaient de portée globale.

TABLEAU 1.13
Nombre de mesures correctives pour les plaintes conclues par les médecins examinateurs en 2009-2010, selon la catégorie de motif

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIES DE MOTIFS						TOTAL	
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION MILIEU/MATÉRIEL	ASPECT FINANCIER	DROITS PARTICULIERS		
À PORTÉE INDIVIDUELLE : 68 % (54)								
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins/services	11	16	2	0	0	0	29	54 %
Conciliation/intercession	0	4	0	0	0	1	5	9 %
Sensibilisation intervenant	10	4	0	0	0	2	16	29 %
Respect des droits	0	0	0	0	0	2	2	4 %
Autres	0	1	1	0	0	0	2	4 %
SOUS-TOTAL	21	25	3	0	0	5	54	100 %
À PORTÉE GLOBALE : 32 % (25)								
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins/services	3	12	1	0	0	1	17	68 %
Adaptation milieu/matériel	0	0	1	0	0	0	1	4 %
Adoption règles/procédures	0	2	2	0	0	0	4	16 %
Communication/promotion	1	1	1	0	0	0	3	12 %
SOUS-TOTAL	4	15	5	0	0	1	25	100 %
TOTAL	25	40	8	0	0	6	79	100 %

Les mesures correctives à portée individuelle (54) visaient presque essentiellement (85 %) à répondre à des motifs de plainte associés aux soins et aux services dispensés (25) et aux relations interpersonnelles (21). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés se concentraient dans deux catégories : l'adaptation des soins et des services aux besoins particuliers des personnes (54 %) et la sensibilisation ou la formation des intervenants (29 %).

Quant aux mesures correctives à portée globale (25), elles avaient pour objectif principal de résoudre des problèmes associés aux soins et aux services pour un groupe d'usagers (60 %). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés concernaient majoritairement (68 %) l'adaptation des soins et des services pour une catégorie d'usagers, suivie de l'adaptation des règles et des procédures, tant administratives que cliniques (16 %).

1.1.6 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES

Le délai prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour transmettre les conclusions du traitement d'une plainte a été fixé à 45 jours.

En 2009-2010, 81 % (1 305) des 1 610 plaintes conclues par les établissements l'ont été dans les 45 jours souhaités par le régime d'examen des plaintes, ce qui représente une amélioration par rapport à l'année précédente (77 %).

Les commissaires locaux ont conclu les plaintes dans les 45 jours convenus dans une proportion de 85,1 % (1 188); 13,11 % (183) des ententes sont survenues entre le 46^{e} et le 180^{e} jour, et 1,79 % (25), après 181 jours.

Les médecins examinateurs, de leur côté, ont émis leurs conclusions dans le délai de 45 jours dans 54,67 % des cas (117); 41,59 % (89) ont été transmises communiquées entre le 46^{e} et le 180^{e} jour et 3,74 % (8), après 181 jours (tableau 1.14).

TABLEAU 1.14

Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) en 2009-2010

DÉLAI DE TRAITEMENT	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS	
	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 3 jours	339	24,28 %	6	2,8 %
4 à 15 jours	335	24 %	24	11,21 %
16 à 30 jours	269	19,27 %	35	16,36 %
31 à 45 jours	245	17,55 %	52	24,3 %
SOUS-TOTAL	**1 188**	**85,1 %**	**117**	**54,67 %**
46 à 60 jours	93	6,66 %	31	14,49 %
61 à 90 jours	48	3,44 %	40	18,69 %
91 à 180 jours	42	3,01 %	18	8,41 %
181 jours et plus	25	1,79 %	8	3,74 %
SOUS-TOTAL	**208**	**14,9 %**	**97**	**45,33 %**
TOTAL	**1 396**	**100 %**	**214**	**100 %**

1.1.7 PLAINTES SOUMISES EN DEUXIÈME INSTANCE

Les dispositions du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité permettent aux citoyens de porter leur plainte en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen, pour une plainte adressée au commissaire local, et au comité de révision de l'établissement, si la plainte a été examinée par le médecin examinateur.

En 2009-2010, 52 plaintes ont été transférées en deuxième instance, ce qui représente une légère diminution par rapport à 2008-2009 (55) et à 2007-2008 (57).

PROTECTEUR DU CITOYEN

L'auteur d'une plainte peut la transférer au Protecteur du citoyen lorsque le commissaire local de l'établissement n'a pas transmis ses conclusions dans le délai de 45 jours alloué pour la traiter ou lorsqu'il est en désaccord avec les conclusions ou les recommandations du commissaire.

En 2009-2010, 27 plaintes traitées par les commissaires locaux ont été transférées au Protecteur du citoyen, comparativement à 25 l'année précédente et à 30 en 2007-2008.

Les 27 plaintes acheminées au Protecteur du citoyen cumulaient 38 motifs d'insatisfaction (tableau 1.15), soit 2,1 % des motifs (1 788) des plaintes conclues par les commissaires. Cette proportion était de 2 % en 2008-2009 et de 2,5 % en 2007-2008. Les motifs transférés en deuxième instance se répartissent dans l'ensemble des catégories, avec une prédominance des motifs liés aux soins et services dispensés (39 %) et aux relations interpersonnelles (26 %).

TABLEAU 1.15

Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes reçues en 2009-2010 et transmises en deuxième instance, selon le responsable et la catégorie de motif

CATÉGORIES DE MOTIFS	PROTECTEUR DU CITOYEN		COMITÉ DE RÉVISION		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Relations interpersonnelles	10	26 %	4	14 %	14	21 %
Soins et services dispensés	15	39 %	23	82 %	38	58 %
Accessibilité et continuité	6	16 %	1	4 %	7	11 %
Organisation milieu/matériel	1	3 %	0	0 %	1	1 %
Aspect financier	5	13 %	0	0 %	5	8 %
Droits particuliers	1	3 %	0	0 %	1	1 %
Autres	0	0 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	**38**	**100 %**	**28**	**100 %**	**66**	**100 %**

COMITÉ DE RÉVISION DE L'ÉTABLISSEMENT

Dans le cas d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, si la conclusion du médecin examinateur n'est pas satisfaisante, la personne plaignante dispose de 60 jours pour soumettre sa plainte au comité de révision désigné par le conseil d'administration de l'établissement. Le comité de révision doit rendre une décision motivée et finale dans un délai de 60 jours.

En 2009-2010, 27 plaintes d'usagers ou de leurs représentants ont été traitées par le comité de révision des établissements de la région. De ce nombre, 22 ont été reçues durant l'année 2009-2010 et 5 étaient en cours de traitement au 1er avril 2009. Des 27 plaintes traitées en 2009-2010, 20 ont été conclues et 7 étaient en cours de traitement au 31 mars 2010 (tableau 1.16).

TABLEAU 1.16
Nombre de plaintes traitées par les comités de révision, selon leur statut

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
2009-2010	5	22*	27	20	7

* À ce nombre, il faut ajouter trois plaintes transférées au comité de révision qui n'ont pas été répertoriées dans SIGPAQS.

Parmi les 20 plaintes transférées au comité de révision des établissements en 2009-2010 qui ont été conclues, 18 concernaient des CHSGS (90 %), 1 le CHSP-Institut universitaire en santé mentale de Québec (5 %) et une autre le CLSC.

Les plaintes transférées au comité de révision des établissements provenaient de 16 usagers (80 %), de 3 représentants de l'usager (15 %) et de 1 tierce personne (15 %).

Des 244 motifs de plainte traités par les médecins examinateurs, 28 ont été transférés pour analyse aux comités de révision (tableau 1.15), ce qui représente une proportion de 11,4 % comparativement à 14,3 % en 2008-2009 et à 10 % l'année précédente. Les motifs de plainte transférés se retrouvaient presque en totalité (96 %) dans deux catégories : soins et services dispensés (82 %) et relations interpersonnelles (14 %).

Afin d'améliorer la qualité des services, les comités de révision des établissements ont proposé deux mesures correctives à portée individuelle. Elles avaient pour objectif de résoudre d'une part, un problème associé aux soins et aux services dispensés et, d'autre part, un problème lié aux relations interpersonnelles. Dans les deux situations, la mesure visait une meilleure adaptation des soins et des services aux besoins particuliers des usagers concernés.

La moitié (10) des plaintes traitées par le comité de révision des établissements l'ont été dans les 60 jours souhaités par le régime d'examen des plaintes (tableau 1.17).

TABLEAU 1.17
Nombre et pourcentage de plaintes conclues par les comités de révision en 2009-2010, selon le délai de traitement (en jours)

DÉLAI DE TRAITEMENT	2009-2010	
	Nombre	%
Moins de 60 jours	10	50 %
61 à 90 jours	6	30 %
91 à 180 jours	1	5 %
181 jours et plus	3	15 %
TOTAL	20	100 %

1.2 INTERVENTIONS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) prévoit, au paragraphe 7 de l'article 66, que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services « intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés ».

En 2009-2010, 260 interventions ont été traitées par les commissaires locaux à la suite d'un signalement d'un usager, de son représentant ou d'une tierce personne. De ce nombre, 237 ont été déposées durant l'année 2009-2010 et 23 étaient en cours de traitement au 1er avril 2009. Des 260 interventions à traiter en 2009-2010, 245 ont été conclues et 15 étaient en cours de traitement au 31 mars 2010 (tableau 1.18).

TABLEAU 1.18
Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon leur statut

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	EXAMINÉES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
2009-2010	23	237	260	245	15
2008-2009	13	163	176	153	23
2007-2008	9	102	111	98	13

Les 237 interventions examinées en 2009-2010 représentaient une augmentation importante (45 %) par rapport l'année précédente (163) et constituaient plus du double de l'année 2007-2008 (102). Cette augmentation est attribuable probablement à une meilleure connaissance du régime d'examen des plaintes de la part des usagers, de leurs représentants et de tierces personnes, qui n'hésitent pas à signaler aux commissaires locaux des situations qu'ils jugent inacceptables de leur point de vue.

1.2.1 INTERVENTIONS CONCLUES

Il y a eu 245 interventions conclues en 2009-2010 par les commissaires locaux. Cela représente 60 % plus d'interventions (+ 92) que l'année précédente (153).

Des 245 interventions conclues, 86 % (210) faisaient suite à un signalement d'un usager, d'un représentant de ce dernier ou d'une tierce personne. De leur propre initiative, les commissaires sont intervenus dans 35 situations (14 %).

Les 210 signalements faits aux commissaires locaux cumulaient 244 auteurs. Une intervention peut être faite par plus d'une personne. Ces auteurs sont principalement des tierces personnes (69,3 %), suivies des représentants des usagers et des usagers eux-mêmes (tableau 1.19).

TABLEAU 1.19
Nombre et pourcentage d'interventions conclues par les commissaires locaux, selon l'auteur

ANNÉE	USAGER		REPRÉSENTANT		TIERS		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2009-2010	**35**	**14,3 %**	**40**	**16,4 %**	**169**	**69,3 %**	**244**	**100 %**

Les 245 interventions conclues en 2009-2010 concernaient principalement, à l'instar des interventions examinées en cours d'année, les missions CHSGS (57 %), CHSLD (14 %) et CLSC (13 %) (tableau 1.20). La proportion des interventions concernant les CHSLD (14 %) a été plus importante que celle occupée par cette mission parmi les plaintes conclues par les commissaires locaux (7 %) et les médecins examinateurs (1 %) (tableau 1.6).

TABLEAU 1.20
Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon l'établissement et le statut au 31 mars 2010

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	EXAMINÉES DURANT L'EXERCICE		CONCLUES DURANT L'EXERCICE		EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
	Nombre	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
CLSC	8	29	12 %	33	13 %	4
CHSGS	6	137	58 %	139	57 %	4
CHSP	0	17	7 %	15	6 %	2
CHSLD	5	32	14 %	34	14 %	3
CPEJ	0	3	1 %	3	1 %	0
CRDI-TED	2	9	4 %	10	4 %	1
CRPAT	0	2	1 %	2	1 %	0
CRDP	2	8	3 %	9	4 %	1
TOTAL	**23**	**237**	**100 %**	**245**	**100 %**	**15**

1.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES

Les 245 interventions conclues en 2009-2010 par les commissaires locaux cumulaient 275 motifs d'intervention (tableau 1.21), soit une moyenne de 1,13 motif par intervention, comparativement à 1,18 motif pour les plaintes conclues.

Les 275 motifs d'intervention se distribuaient dans l'ensemble des catégories de motifs, avec une prédominance pour les soins et les services dispensés (27 %), contrairement aux plaintes pour lesquelles l'on a observé une concentration (77 %) des motifs dans trois catégories : les soins et les services dispensés, les relations interpersonnelles et l'accessibilité ou la continuité des soins.

Parmi les motifs nommés par les auteurs des interventions, seulement 3 % (9) n'ont pas vu leur examen complété par les commissaires locaux (tableau 1.21), contrairement à 12 % pour les plaintes. Les motifs dont l'examen n'a pas été complété se répartissaient dans l'ensemble des catégories. Des neuf motifs d'intervention dont l'examen n'a pas été complété, six ont vu leur traitement cessé en cours d'examen, deux ont été rejetés sur examen sommaire et un a été abandonné par l'usager ou son représentant (tableau 1.22).

TABLEAU 1.21
Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2009-2010, selon la catégorie de motif et le stade de traitement

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ		TRAITEMENT COMPLÉTÉ		TOTAL DES MOTIFS	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Relations interpersonnelles	3	34 %	45	17 %	48	17 %
Soins et services dispensés	1	11 %	73	27 %	74	27 %
Accessibilité et continuité	2	22 %	33	12 %	35	13 %
Organisation milieu/matériel	1	11 %	47	18 %	48	17 %
Aspect financier	1	11 %	14	5 %	15	6 %
Droits particuliers	1	11 %	49	19 %	50	18 %
Autres	0	0 %	5	2 %	5	2 %
TOTAL	**9**	**100 %**	**266**	**100 %**	**275***	**100 %**

* SIGPAQS indique deux motifs additionnels classés « autres », c'est-à-dire que leur traitement n'a été ni complété ni non complété.

Sur l'ensemble des motifs d'intervention dont le traitement a été complété (266) en 2009-2010 (tableau 1.22), plus de la moitié (56 %) ont donné lieu à des mesures correctives (149), ce qui est supérieur à la proportion observée (46 %) pour les motifs de plainte dont le traitement a été complété par les commissaires locaux.

TABLEAU 1.22
Nombre de motifs pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2009-2010, selon la catégorie de motifs et la catégorie de traitement

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ			TRAITEMENT COMPLÉTÉ		TOTAL
	REJETÉ SUR EXAMEN SOMMAIRE	ABANDONNÉ PAR L'USAGER	REFUSÉ/ CESSÉ	SANS MESURE CORRECTIVE	AVEC MESURES CORRECTIVES	
Relations interpersonnelles	2	0	1	19	**26**	48
Soins et services	0	1	0	29	**44**	74
Accessibilité/continuité	0	0	2	23	**10**	35
Organisation milieu/matériel	0	0	1	22	**25**	48
Aspect financier	0	0	1	6	**8**	15
Droits particuliers	0	0	1	15	**34**	50
Autres	0		0	3	**2**	5
SOUS-TOTAL	2	1	6	117	149	275*
	9			266		

* SIGPAQS indique deux motifs additionnels classés « autres », c'est-à-dire dont le traitement n'a été ni complété ni non complété.

1.2.3 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES

Pour les 149 motifs d'intervention ayant donné lieu à des mesures correctives, les commissaires locaux ont proposé, à l'intention des organisations concernées, 161 mesures correctives ou recommandations (tableau 1.23), soit un rapport de 1,08 mesure par motif d'intervention, comparativement à 1,07 mesure par motif de plainte.

Par ailleurs, les commissaires locaux ont soumis quatre motifs d'intervention aux directions concernées des établissements afin qu'ils soient examinés et, le cas échéant, que soient appliquées, auprès de l'employé concerné, les mesures disciplinaires appropriées.

La très grande majorité (67 %) des mesures correctives proposées par les commissaires locaux étaient de portée globale, c'est-à-dire qu'elles visaient l'amélioration du service à la clientèle dans son ensemble, alors que 33 % portaient sur la résolution d'un problème propre au plaignant (tableau 1.23). Les mesures à portée globale ont été plus fréquemment (67 %) utilisées pour faire suite aux interventions que pour faire suite aux plaintes conclues (52 %) par les commissaires locaux.

Les mesures correctives à portée individuelle (52) répondaient principalement à des motifs d'intervention associés aux soins et aux services dispensés (15), aux relations interpersonnelles (15) et à l'organisation du milieu (11). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés se concentraient dans deux catégories : l'adaptation des soins et des services aux besoins particuliers des personnes (33 %) et la sensibilisation ou la formation des intervenants (30 %).

TABLEAU 1.23
Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2009-2010, selon la catégorie de motif

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIES DE MOTIFS							TOTAL
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION MILIEU/MATÉRIEL	ASPECT FINANCIER	DROITS PARTICULIERS	AUTRES	
À PORTÉE INDIVIDUELLE : 33 % (53)								
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins/services	2	11	1	3	0	0	0	17	33 %
Adaptation milieu/matériel	2	0	0	1	0	1	0	4	8 %
Ajustement financier	0	0	0	0	4	0	0	4	8 %
Conciliation/médiation	1	1	0	0	0	2	0	4	8 %
Sensibilisation intervenant	7	2	0	5	0	2	0	16	30 %
Obtention services	0	1	0	1	0	0	0	2	4 %
Respect des droits	1	0	0	1	0	0	0	2	4 %
Autres	2	0	0	0	0	1	1	4	5 %
SOUS-TOTAL	**15**	**15**	**1**	**11**	**4**	**6**	**1**	**53**	**100 %**
À PORTÉE GLOBALE : 67 % (108)								
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins/services	12	24	4	2	2	5	1	50	46 %
Adaptation milieu/matériel	0	1	1	9	1	8	0	20	18 %
Adoption règles/procédures	0	6	3	5	2	6	0	22	20 %
Communication/promotion	0	2	1	0	0	3	0	6	6 %
Formation/supervision	0	1	0	0	0	0	0	1	1 %
Respect des droits	2	0	0	0	0	4	0	6	6 %
Autres	0	1	0	0	0	2	0	3	3 %
SOUS-TOTAL	**14**	**35**	**9**	**16**	**5**	**28**	**1**	**108**	**100 %**
TOTAL	**29**	**50**	**10**	**27**	**9**	**34**	**2**	**161**	**100 %**

Quant aux mesures correctives à portée globale (107), elles avaient pour objectif principal de résoudre des problèmes associés aux soins et aux services (35) et à la protection des droits (28), suivis de l'organisation du milieu (16) et des relations interpersonnelles (14). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés concernaient les soins et les services (46 %), l'adaptation des règles et procédures, tant administratives que cliniques (20 %), et l'organisation du milieu (18 %).

1.3 DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION

Dans le cadre de leurs fonctions, les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services sont appelés à répondre à des demandes d'assistance et de consultation provenant de la population, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ou d'autres partenaires externes.

Une demande d'assistance est une demande d'aide. Elle exige parfois des démarches de recherche, de suivi et souvent d'accompagnement de la part du commissaire.

En 2009-2010, un suivi a été donné à 1 140 demandes d'assistance par les commissaires locaux des établissements de la région. La très grande majorité (81 %) de ces demandes concernait les soins et les services, et dans 19 % des cas, le demandeur souhaitait de l'aide pour formuler une plainte.

Une consultation est une demande d'information ou une demande d'avis sur un sujet en rapport avec le régime d'examen des plaintes. Elle exige parfois des démarches de recherche et de suivi.

En 2009-2010, un suivi a été donné par les commissaires locaux à 234 demandes de consultation provenant, notamment, d'autres commissaires locaux, du commissaire régional, du Protecteur du citoyen et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

1.4 AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES LOCAUX

En plus de traiter les plaintes et les interventions et de fournir de l'assistance, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a comme fonction, notamment, de collaborer au développement et à l'organisation des activités liées au régime d'examen des plaintes et aux droits des usagers.

En 2009-2010, 310 activités dites « autres activités du commissaire » ont été enregistrées dans le Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS). Presque la moitié (49 %) de ces activités était liée à la promotion du régime d'examen des plaintes, suivie en importance (31 %) par la contribution à l'amélioration du fonctionnement du régime d'examen des plaintes (tableau 1.24).

TABLEAU 1.24
Nombre et pourcentage des autres activités des commissaires locaux, selon les catégories d'activités

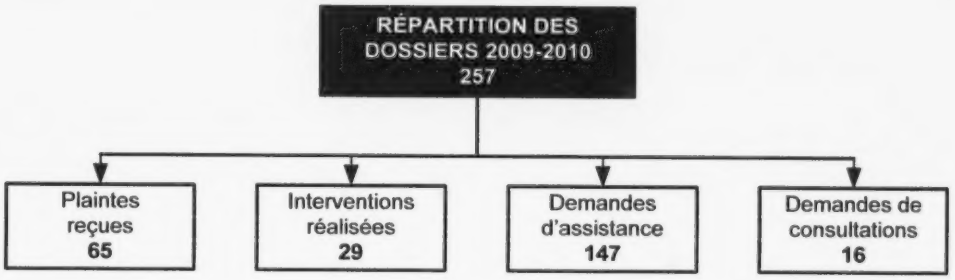
CATÉGORIES D'ACTIVITÉS	2009-2010	
	Nombre	%
Promotion/information	152	49 %
Communication au conseil d'administration	28	9 %
Participation au comité de vigilance et de la qualité	33	11 %
Collaboration au fonctionnement du régime d'examen des plaintes	97	31 %
TOTAL	310	100 %

PARTIE II

LE COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

INTRODUCTION

Dans le cadre de ses fonctions, le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a reçu 65 nouvelles plaintes en 2009-2010, formulées par les usagers ou leurs représentants. Il est intervenu, assisté par le commissaire substitut, auprès de 29 organisations à la suite d'un signalement d'un usager, d'un citoyen ou d'un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux. Il a répondu, en collaboration avec son adjointe administrative, à 147 demandes d'assistance d'usagers ou de citoyens. Il a également répondu à 16 demandes de consultation, principalement de la part des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région. Ainsi, il a ouvert 257 nouveaux dossiers en 2009-2010 dans le Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS).



2.1 PLAINTES

Les 65 plaintes reçues en 2009-2010 représentent une augmentation de 55 % (23) par rapport au nombre de l'année précédente et de 67 % (26) comparativement à 2007-2008 (tableau 2.1). Cette augmentation est attribuable probablement à une meilleure connaissance du régime d'examen des plaintes, instauré en 2006-2007.

Il y a eu 70 plaintes conclues en 2009-2010 (tableau 2.1). C'est le double par rapport à l'année précédente (35). Cet écart s'explique par trois facteurs : l'augmentation des plaintes (+ 7) en cours d'examen au début de l'exercice financier, l'augmentation des plaintes reçues en cours d'année (+ 23) et la diminution des plaintes en cours d'examen à la fin de l'exercice (- 5).

En 2009-2010, 93 % des plaintes totales (75) à traiter ont été conclues (70) au cours de l'année, comparativement à 78 % en 2008-2009 et à 89 % en 2007-2006.

TABLEAU 2.1
Nombre de plaintes traitées, selon l'année et le statut

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE	TRANSMISES AU PROTECTEUR DU CITOYEN
2009-2010	10	65	75	70	5	3
2008-2009	3	42	45	35	10	3
2007-2008	8	39	47	42	3	2

2.1.1 PLAINTES EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT ET À LA FIN DE L'EXERCICE

Comme on peut le voir au tableau 2.2, les dix plaintes en cours d'examen, au début de l'exercice financier, concernaient trois secteurs d'activité : les résidences privées pour personnes âgées, les services préhospitaliers d'urgence et l'Agence. Les motifs de ces plaintes se regroupaient dans trois catégories : soins et services (6), accessibilité des services (3) et droits particuliers (1).

À la fin de l'exercice financier 2009-2010, les cinq plaintes en cours d'examen concernaient trois secteurs : les résidences privées pour personnes âgées, les organismes communautaires et l'Agence. Les 16 motifs de ces plaintes se regroupent dans les catégories suivantes : soins et services (5), organisation du milieu de vie (6), accessibilité des services (2), relations interpersonnelles (2) et droits particuliers (1).

TABLEAU 2.2
Nombre et pourcentage de plaintes en cours d'examen au début et à la fin de l'exercice 2009-2010, selon l'organisation visée

ORGANISATIONS VISÉES	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE		EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE	
	Nombre	%	Nombre	%
Résidences privées pour personnes âgées	5	%	2	%
Organismes communautaires	0	0	2	%
Services préhospitaliers d'urgence	4	%	0	%
Agence de la Capitale-Nationale	1	%	1	%
TOTAL	10	100 %	5	100 %

2.1.2 PLAINTES REÇUES

Les plaintes reçues en 2009-2010 concernaient principalement les résidences privées pour personnes âgées (34 %) et les organismes communautaires (31 %), suivis des services préhospitaliers d'urgence et de l'Agence. Sept plaintes reçues étaient en dehors du champ de compétence du commissaire régional (tableau 2.3).

TABLEAU 2.3
Nombre et pourcentage de plaintes reçues de 2007-2008 à 2009-2010, selon l'organisation visée

ORGANISATIONS VISÉES	2009-2010		2008-2009		2007-2008	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Résidences privées pour personnes âgées	22	34 %	19	45 %	18	46 %
Organismes communautaires	20	31 %	5	12 %	7	18 %
Services préhospitaliers d'urgence	8	12 %	13	31 %	10	26 %
Agence de la Capitale-Nationale	8	12 %	5	12 %	4	10 %
Autres	7	11 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	65	100 %	42	100 %	39	100 %

Les plaintes concernant les organismes communautaires ont quadruplé par rapport à 2008-2009. Elles représentent 31 % des plaintes reçues en 2009-2010, comparativement à 12 % l'année précédente. Cette augmentation est attribuable probablement à une meilleure connaissance du régime d'examen des plaintes.

Depuis 2007-2008, on observe une légère augmentation des plaintes concernant les résidences pour personnes âgées (18 à 22). On enregistre par ailleurs une diminution relativement importante des plaintes à l'endroit des services préhospitaliers d'urgence (- 5) et une légère augmentation de celles formulées à l'égard de l'Agence (+ 3), comparativement à l'année 2008-2009.

2.1.3 PLAINTES CONCLUES

Les 70 plaintes conclues en 2009-2010 ont été formulées principalement par les usagers des services (64 %), suivis de leur ayant cause ou de leur mandataire (27 %). On observait la situation inverse l'année précédente (tableau 2.4). Cette situation s'explique par l'augmentation des plaintes à l'endroit des organismes communautaires, lesquelles ont été formulées exclusivement par les usagers.

TABLEAU 2.4
Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon l'auteur

ANNÉE	USAGER		REPRÉSENTANT		TIERS		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2009-2010	45	64 %	19	27 %	6	9 %	70	100 %
2008-2009	13	37 %	18	52 %	4	11 %	35	100 %

Les plaintes conclues concernaient principalement les résidences privées pour personnes âgées (36 %) et les organismes communautaires (26 %), suivis des services préhospitaliers d'urgence (17 %) et de l'Agence (11 %), dont deux plaintes en lien avec la pandémie de grippe H1N1. L'examen de sept plaintes a permis de conclure qu'elles étaient en dehors du champ de compétence du commissaire régional. Elles ont été transférées à l'instance appropriée (tableau 2.5).

TABLEAU 2.5
Nombre et pourcentage de plaintes conclues, de motifs de plainte et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2009-2010

ORGANISATIONS VISÉES	PLAINTES CONCLUES		MOTIFS DE PLAINTE		MESURES CORRECTIVES	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Résidences privées pour personnes âgées	25	36 %	55	44 %	47	50 %
Organismes communautaires	18	26 %	31	25 %	28	30 %
Services préhospitaliers d'urgence	12	17 %	21	17 %	12	13 %
Agence de la Capitale-Nationale	8	11 %	9	7 %	7	7 %
Autres	7	10 %	9	7 %	0	0
TOTAL	**70**	**100 %**	**125**	**100 %**	**94**	**100 %**

Toute proportion gardée, les résidences privées pour personnes âgées, avec 36 % des plaintes conclues, sont surreprésentées en regard des motifs de plainte et des mesures correctives proposées. En effet, les résidences cumulent la plus grande part (44 %) des motifs de plainte et étaient visées par la moitié des mesures correctives proposées, comme on le voit au tableau 2.5. La même tendance était observée en 2008-2009 et en 2007-2008.

Les organismes communautaires se distinguent par le rapport mesure corrective/motif de plainte le plus élevé, soit 0,90 mesure pour 1 motif, suivis des résidences privées pour personnes âgées (0,85), de l'Agence (0,77) et des services préhospitaliers d'urgence (0,57). Ainsi, les motifs des plaintes formulées à l'endroit des organismes communautaires semblent avoir été plus valables que ceux concernant les autres secteurs d'activité.

2.1.4 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES

Les 70 plaintes conclues en 2009-2010 cumulaient 125 motifs d'insatisfaction, comparativement à 49 l'année précédente (tableau 2.6). Toute proportion gardée, le rapport du nombre de motifs d'insatisfaction par plainte réglée est passé de 1,4 à 1,8 de 2008-2009 à 2009-2010.

Les motifs d'insatisfaction à l'origine des plaintes conclues concernaient principalement les résidences privées pour personnes âgées (44 %) et les organismes communautaires (25 %), suivis des services préhospitaliers d'urgence (17 %) et de l'Agence (7 %). Cette répartition est semblable à l'année précédente.

TABLEAU 2.6
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon l'organisation visée et l'année

ORGANISATIONS VISÉES	2009-2010		2008-2009	
	Nombre	%	Nombre	%
Résidences privées pour personnes âgées	55	44 %	22	45 %
Organismes communautaires	31	25 %	11	23 %
Services préhospitaliers d'urgence	21	17 %	9	18 %
Agence de la Capitale-Nationale	9	7 %	7	14 %
Autres	9	7 %	0	0
TOTAL	125	100 %	49	100 %

Les 125 motifs de plainte se concentraient, dans une proportion de 89 %, dans 4 catégories : l'organisation du milieu ou du matériel (33 %), les soins et les services dispensés (26 %), les relations interpersonnelles (19 %) et l'accessibilité et la continuité des services (11 %). Cette situation est semblable à l'année précédente, où 96 % des motifs de plainte se regroupaient dans ces mêmes catégories (tableau 2.7).

Les données du tableau 2.8 font ressortir la prédominance d'un motif de plainte à l'endroit de chaque type d'organisation. En effet, l'usager porte plainte contre les services préhospitaliers d'urgence parce qu'il est principalement (57 %) insatisfait des soins et des services qu'il a reçus.

Quand il s'agit des résidences privées pour personnes âgées, c'est majoritairement (53 %) ce qui touche l'amélioration de l'organisation du milieu de vie qui est source d'insatisfaction. Les motifs des plaintes adressées à l'Agence concernent principalement (44 %) l'accessibilité au CHSLD. Enfin, les utilisateurs des organismes communautaires portent plainte, dans une proportion relativement importante (38 %), pour résoudre un problème en lien avec les relations interpersonnelles.

TABLEAU 2.7
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS	NOMBRE ET POURCENTAGE DE MOTIFS			
	2009-2010		2008-2009	
Relations interpersonnelles	24	19 %	7	14 %
Soins et services dispensés	32	26 %	14	29 %
Accessibilité et continuité	14	11 %	14	29 %
Organisation milieu/matériel	41	33 %	12	24 %
Aspect financier	5	4 %	0	0
Droits particuliers	8	6 %	2	4 %
Autres objets de plainte	1	1 %	0	0
TOTAL	125	100 %	49	100 %

TABLEAU 2.8
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2009-2010

CATÉGORIES DE MOTIFS	RÉSIDENCES PERSONNES ÂGÉES		ORGANISMES COMMU-NAUTAIRES		SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE		AGENCE		AUTRES	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Relations interpersonnelles	6	11 %	12	38 %	4	19 %	1	11 %	1	11 %
Soins et services dispensés	14	25 %	4	13 %	12	57 %	1	11 %	1	11 %
Accessibilité et continuité	0	0	5	16 %	3	14 %	4	44 %	2	22 %
Organisation milieu/matériel	29	53 %	6	19 %	1	5 %	1	11 %	4	44 %
Aspect financier	2	4 %	2	7 %	0	0	1	11 %	0	0
Droits particuliers	4	7%	2	7 %	1	5 %	1	11 %	0	0
Autres objets de plainte	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11 %
TOTAL	55	100 %	31	100 %	21	100 %	9	100 %	9	100 %

Des 125 motifs nommés, 20 % (25) n'ont pas vu leur traitement terminé (tableau 2.9). C'est dans le secteur des services préhospitaliers d'urgence que l'on a observé la plus forte proportion (19 %) de motifs dont l'examen n'a pas été terminé, à l'exception naturellement des plaintes hors mandat. Parmi ces 25 motifs, 3 ont été rejetés sur examen sommaire, 11 ont été abandonnés par l'usager, et le traitement de 11 d'entre eux a été cessé ou refusé par le commissaire régional (tableau 2.10). Les 25 motifs dont l'examen n'a pas été terminé étaient compris dans 20 plaintes conclues.

Il y a donc 80 % (100) des motifs nommés qui ont fait l'objet d'un traitement complet par le commissaire, ce qui représente une augmentation par rapport à l'année précédente (65 %). Ces 100 motifs étaient compris dans 50 plaintes conclues.

Parmi les 100 motifs de plainte complètement traités, la majorité (55 %) a donné lieu à des mesures correctives (tableau 2.10). Dans certains cas, il y a eu absence de mesures correctives (45) parce que le problème à l'origine de la plainte a été résolu en cours de traitement ou que le résultat de l'examen a démontré que le motif n'était pas recevable.

TABLEAU 2.9
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon le stade de traitement et l'organisation visée en 2009-2010

ORGANISATIONS VISÉES	TRAITEMENT NON TERMINÉ		TRAITEMENT TERMINÉ		TOTAL DES MOTIFS	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Résidences privées pour personnes âgées	9	16 %	46	84 %	55	100 %
Organismes communautaires	3	10 %	28	90 %	31	100 %
Services préhospitaliers d'urgence	4	19 %	17	81 %	21	100 %
Agence de la Capitale-Nationale	1	11 %	8	89 %	9	100 %
Autres (hors mandat)	8	89 %	1*	11 %	9	100 %
TOTAL	25	20 %	100	80 %	125	100 %

* Motif de plainte traité avec l'accord du commissaire local d'un CSSS.

TABLEAU 2.10
Nombre de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motif et les catégories de traitement en 2009-2010

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON TERMINÉ			TRAITEMENT TERMINÉ		TOTAL
	REJETÉ SUR EXAMEN SOMMAIRE	ABANDONNÉ PAR L'USAGER	REFUSÉ OU CESSÉ	SANS MESURE CORRECTIVE	AVEC MESURES CORRECTIVES	
Relations interpersonnelles	0	0	2	8	14	24
Soins et services	1	3	1	11	16	32
Accessibilité ou continuité	1	0	2	3	8	14
Organisation milieu/matériel	1	6	5	15	14	41
Aspect financier	0	1	0	4	0	5
Droits particuliers	0	1	0	4	3	8
Autres objets de plainte	0	0	1	0	0	1
TOTAL	3	11	11	45	55	125
	25			100		

2.1.5 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES

Des 70 plaintes conclues, 54 % (38) comprenaient des motifs (55) ayant engendré des mesures correctives, comparativement à 25 % (7) l'année précédente.

TABLEAU 2.11
Nombre de mesures correctives proposées pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs en 2009-2010

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIES DE MOTIFS						TOTAL	
	RELATIONS INTER-PERSONNELLES	SOINS ET SERVICES	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION MILIEU/MATÉRIEL	ASPECT FINANCIER	DROITS PARTICULIERS		
À PORTÉE INDIVIDUELLE : 31 % (29)								
MESURES	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**%**
Adaptation soins/services	3	10	3	0	0	0	16	55 %
Adaptation milieu/matériel	0	0	1	0	0	0	1	3 %
Conciliation/médiation	1	0	1	0	0	0	2	7 %
Sensibilisation intervenant	3	0	0	0	0	0	3	10 %
Obtention services	0	0	4	0	0	0	4	14 %
Respect des droits	1	0	0	0	0	1	2	7 %
Ajustement financier	0	0	0	1	0	0	1	3 %
SOUS-TOTAL	**8**	**10**	**9**	**1**	**0**	**1**	**29**	**100 %**
À PORTÉE GLOBALE : 69 % (65)								
MESURES	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**%**
Adaptation soins/services	0	15	3	1	0	0	19	29 %
Adaptation milieu/matériel	0	0	0	11	0	0	11	17 %
Révision règles/procédures	11	4	5	4	0	1	25	38 %
Communication/promotion	3	0	0	2	0	0	5	8 %
Formation/supervision	1	2	0	1	0	0	4	6 %
Respect des droits	0	0	0	0	0	1	1	2 %
SOUS-TOTAL	**15**	**21**	**8**	**19**	**0**	**2**	**65**	**100 %**
TOTAL	**23**	**31**	**17**	**20**	**0**	**3**	**94**	**100 %**

Afin d'améliorer la qualité des services, 94 mesures correctives ont été proposées pour répondre aux 55 motifs d'insatisfaction formulés par les usagers ou leur représentant (tableau 2.11). La très grande majorité (69 %) des mesures correctives étaient de portée globale, c'est-à-dire qu'elles visaient l'amélioration du service à la clientèle dans son ensemble, alors que 31 % visaient à résoudre un problème propre au plaignant (tableau 2.11).

Les mesures correctives à portée individuelle (29) visaient principalement à résoudre des problèmes associés aux soins et aux services (10), à l'accessibilité ou à la continuité (9) et aux relations interpersonnelles (8). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes dénoncés concernaient majoritairement (55 %) l'adaptation des soins et des services aux besoins particuliers des personnes, l'obtention d'un service (14 %) et la sensibilisation des intervenants (10 %).

Les mesures correctives à portée globale (65) ont eu pour objectif principal de résoudre des problèmes associés aux soins et aux services (21) et à l'organisation du milieu (19), suivis des relations interpersonnelles (15) et de l'accessibilité/continuité (8). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés (65) ont concerné principalement (38 %) la révision des règles et des procédures tant administratives que cliniques, l'adaptation des soins et des services (29 %) et l'adaptation du milieu (17 %).

2.1.6 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES

Les mesures correctives proposées pour améliorer la qualité des services aux usagers se répartissent en deux catégories : les engagements pris par l'organisation visée lors de l'examen de la plainte et les recommandations formulées par le commissaire régional.

Parmi les 94 mesures correctives proposées à l'intérieur des lettres de conclusion adressées aux plaignants, on trouve 31 engagements (33 %) pris par les organisations visées et 63 recommandations formulées par le commissaire (67 %) afin de résoudre les problèmes dénoncés par les plaignants (tableau 2.12).

TABLEAU 2.12
Nombre de mesures correctives, selon la catégorie de mesure et le pourcentage de mesures implantées par l'organisation visée en 2009-2010

ORGANISATIONS VISÉES	MESURES CORRECTIVES				TOTAL	
	ENGAGEMENTS		RECOMMANDATIONS			
	Nombre	% respectés	Nombre	% suivies	Nombre	% implantées
Résidences privées pour personnes âgées	13	85 % (11)	34	91 % (31)	47	89 % (42)
Organismes communautaires	7	100 %	21	81 % (17)	28	86 % (24)
Services préhospitaliers d'urgence	9	100 %	3	100 %	12	100 %
Agence de la Capitale-Nationale	2	100 %	5	100 %	7	100 %
Autres	0	0	0	0	0	0
TOTAL	31	94 %	63	88 %	94	90 % (85)

Globalement, 90 % (85) des mesures correctives proposées avaient été implantées ou étaient en cours d'implantation au 31 mars 2010. Les engagements pris par les organisations visées ont été respectés dans une proportion de 94 %, alors que les recommandations du commissaire ont été suivies à 88 %. Ces pourcentages relativement importants illustrent l'excellente collaboration des organisations visées au régime d'examen des plaintes.

Les engagements (2) et les recommandations (3) qui n'avaient pas été respectés ou suivis par les résidences privées au 31 mars 2010 ont été, avec l'accord du commissaire, reportés pour des raisons de faisabilité.

Concernant les recommandations (7) qui n'ont pas été mises en œuvre dans le secteur des organismes communautaires, elles concernaient deux plaintes. La Direction des programmes clientèles de l'Agence a été informée de la situation. Les plaignants ont porté leur plainte auprès du Protecteur du citoyen en deuxième instance.

2.1.7 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES

Le délai prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour communiquer au plaignant les conclusions de l'examen de sa plainte a été fixé à 45 jours.

Toutefois, certaines circonstances peuvent entraîner des délais supplémentaires pour conclure l'examen du dossier. Selon le règlement sur la procédure d'examen des plaintes de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, le commissaire régional est autorisé dans ce cas à conclure une entente avec le plaignant afin de prolonger ce délai pour permettre une étude plus exhaustive de tous les éléments soumis. Le plaignant peut alors accepter ou refuser de prolonger le délai. Dans tous les cas, le retard ouvre la voie à un recours au Protecteur du citoyen.

En 2009-2010, 45,72 % des plaintes (32) ont été traitées dans les 45 jours souhaités par le régime d'examen des plaintes (tableau 2.13), ce qui représente une amélioration par rapport à l'année précédente (36 %). En ce qui concerne les plaintes (38) pour lesquelles le délai légal de traitement n'a pas été respecté, les plaignants ont tous accepté de prolonger la période d'examen de leur plainte.

C'est pour les secteurs des services préhospitaliers d'urgence (25 %) et des résidences privées pour personnes âgées (33 %) que l'on a enregistré les plus faibles proportions de plaintes conclues à l'intérieur du délai légal de 45 jours. La complexité de la collecte d'information et de la résolution des problèmes dans ces deux secteurs explique cet écart par rapport aux secteurs des organismes communautaires et de l'Agence.

TABLEAU 2.13

Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) en 2009-2010

DÉLAI DE TRAITEMENT	2009-2010	
	Nombre	%
Moins de 3 jours	3	4,29
4 à 15 jours	9	12,86
16 à 30 jours	8	11,43
31 à 45 jours	12	17,14
SOUS-TOTAL	32	45,72
46 à 60 jours	4	5,71
61 à 90 jours	13	18,57
91 à 180 jours	20	28,57
181 jours et plus	1	1,43
SOUS-TOTAL	38	54,28
TOTAL	70	100 %

TABLEAU 2.14

Nombre et pourcentage de plaintes conclues en 45 jours et moins, selon l'organisation visée en 2009-2010

ORGANISATIONS VISÉES	PLAINTES CONCLUES EN 45 JOURS ET MOINS	
	Nombre	%
Résidences privées pour personnes âgées	25	33 %
Organismes communautaires	18	44 %
Services préhospitaliers d'urgence	12	25 %
Agence de la Capitale-Nationale	8	63 %
Autres	7	100 %
TOTAL	70	45 %

2.1.8 RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN

Comme il a été dit précédemment, le défaut de communiquer au plaignant les conclusions de l'examen de sa plainte dans un délai de 45 jours ouvre la voie au recours auprès du Protecteur du citoyen. En 2009-2010, aucun plaignant n'a choisi d'acheminer sa plainte au bureau du Protecteur du citoyen pour qu'elle y soit examinée en première instance.

Les personnes qui sont en désaccord avec les conclusions ou les recommandations du commissaire régional à la suite de l'examen de leur plainte peuvent s'adresser au Protecteur du citoyen en deuxième instance.

Des 70 plaintes conclues, seulement 3 ont été soumises par le plaignant, en deuxième instance, au Protecteur du citoyen. Ce nombre est semblable à l'année précédente.

Les trois plaintes traitées en deuxième instance concernaient deux secteurs d'activité : les organismes communautaires (2) et les résidences privées pour personnes âgées (1). Les huit motifs nommés dans ces plaintes se regroupent dans les catégories suivantes : accessibilité aux services (1), droits particuliers (2), relations interpersonnelles (2) et soins et services (3).

Les conclusions du Protecteur du citoyen sont à venir pour deux des trois plaintes. Pour celle dont le traitement est terminé, le Protecteur du citoyen est arrivé aux mêmes conclusions que le commissaire régional.

2.2 SIGNALEMENTS ET INTERVENTIONS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) prévoit, au paragraphe 7 de l'article 66, que le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services « intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés ».

Il y a eu 35 signalements au commissaire en 2009-2010, c'est-à-dire que des usagers, leurs représentants ou de tierces personnes (citoyen, employé) se sont adressés à lui pour lui signaler une situation jugée inacceptable. Ces signalements ont tous été vérifiés soit par le commissaire (69 %), soit par son substitut (31 %). Après examen et validation des faits portés à sa connaissance, le commissaire a décidé d'intervenir, assisté par le commissaire substitut, dans 29 situations, soit pour 83 % des signalements.

2.2.1 INTERVENTIONS TRAITÉES

En 2009-2010, des 29 signalements retenus, 24 interventions ont été conclues (83 %) en cours d'année par le commissaire (17) ou son substitut (7). Au 31 mars 2010, cinq étaient en cours de traitement (tableau 2.15). Les interventions en cours de traitement concernent uniquement des résidences privées pour personnes âgées.

TABLEAU 2.15
Nombre d'interventions traitées selon leur statut

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	EXAMINÉES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
2009-2010	0	29	29	24	5

Les trois quarts des 24 interventions conclues en 2009-2010 reposaient sur des faits allégués par une tierce personne, soit un citoyen, un employé de l'organisation visée ou un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux (tableau 2.16).

TABLEAU 2.16
Nombre et pourcentage d'interventions conclues, selon l'auteur

ANNÉE	USAGER		REPRÉSENTANT		TIERS		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2009-2010	3	12,5 %	3	12,5 %	18	75 %	24	100 %

Un peu plus des trois quarts (79 %) des interventions conclues en 2009-2010 concernaient les résidences privées pour personnes âgées, suivies loin derrière par les services préhospitaliers d'urgence (14 %) et les organismes communautaires (7 %). Toute proportion gardée, les résidences privées pour personnes âgées, avec 79 % des interventions conclues, sont surreprésentées en regard des motifs d'intervention (82 %) et des mesures correctives proposées (90 %). La même situation était observée pour les plaintes conclues.

TABLEAU 2.17
Nombre et pourcentage d'interventions conclues, de motifs d'interventions et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2009-2010

ORGANISATIONS VISÉES	INTERVENTIONS CONCLUES		MOTIFS DES INTERVENTIONS		MESURES CORRECTIVES	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Résidences privées pour personnes âgées	18	79 %	32	82 %	44	90 %
Organismes communautaires	2	7 %	2	5 %	2	4 %
Services préhospitaliers d'urgence	4	14 %	5	13 %	3	6 %
TOTAL	24	100 %	39	100 %	49	100 %

2.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES

Les 24 interventions conclues en 2009-2010 s'inscrivaient sous 39 motifs d'insatisfaction (tableau 2.18), ce qui représente 1,3 motif par intervention.

Les motifs d'intervention se concentraient, dans une proportion de 90 %, dans trois catégories : l'organisation du milieu ou du matériel (36 %), les soins et les services dispensés (28 %) et les relations interpersonnelles (26 %). Cette répartition reflète les motifs d'insatisfaction formulés à l'endroit des résidences privées pour personnes âgées.

TABLEAU 2.18
Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs

CATÉGORIES DE MOTIFS	2009-2010	
	Nombre	%
Relations interpersonnelles	10	26 %
Soins et services dispensés	11	28 %
Accessibilité et continuité	2	5 %
Organisation milieu/matériel	14	36 %
Aspect financier	2	5 %
Droits particuliers	0	0
Autres objets de signalement	0	0
TOTAL	39	100 %

Des 39 motifs d'intervention nommés, 92 % (36) ont fait l'objet d'un traitement complet par le commissaire ou son substitut (tableau 2.19), ce qui est supérieur aux motifs des plaintes conclues (80 %). Contrairement aux plaignants, qui ont signalé en moyenne 1,8 motif d'insatisfaction par plainte conclue, les personnes qui ont fait des signalements ont eu tendance à se concentrer sur un nombre restreint de motifs, soit une moyenne 1,3 motif.

Parmi les 36 motifs d'interventions conclues (tableau 2.20), plus des trois quarts (81 %) ont donné lieu à des mesures correctives (29). Dans certains cas, il y a eu absence de mesures correctives (7) parce que le problème à l'origine du signalement a été résolu en cours de traitement ou que le résultat de l'examen a démontré que le motif n'était pas valable.

TABLEAU 2.19
Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues, selon le stade de traitement et l'organisation visée en 2009-2010

ORGANISATIONS VISÉES	TRAITEMENT NON TERMINÉ		TRAITEMENT TERMINÉ		TOTAL DES MOTIFS	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Résidences privées pour personnes âgées	3	100 %	29	90 %	32	100 %
Organismes communautaires	0	0	2	100 %	2	100 %
Services préhospitaliers d'urgence	0	0	5	100 %	5	100 %
TOTAL	3	8 %	36	92 %	39	100 %

TABLEAU 2.20
Nombre de motifs pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs et les catégories de traitement en 2009-2010

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON TERMINÉ			TRAITEMENT TERMINÉ		TOTAL
	REJETÉ SUR EXAMEN SOMMAIRE	ABANDONNÉ PAR LE SIGNALANT	REFUSÉ/ CESSÉ	SANS MESURE CORRECTIVE	AVEC MESURES CORRECTIVES	
Relations interpersonnelles	0	1	0	2	7	10
Soins et services	0	0	0	1	10	11
Accessibilité/continuité	0	0	0	0	2	2
Organisation milieu/matériel	0	2	0	3	9	14
Aspect financier	0	0	0	1	1	2
Droits particuliers	0	0	0	0	0	0
Autres objets de signalement	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	3	0	7	29	39
	3			36		

2.2.3 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES

Afin d'améliorer la qualité des services, 49 mesures correctives ont été proposées pour répondre aux 39 motifs d'intervention (tableau 2.21), dont 16 % étaient à portée individuelle et 84 %, à portée globale (tableau 2.21). Pour les interventions, la proportion de mesures à portée globale (84 %) est plus importante que pour les plaintes (69 %).

Les mesures correctives à portée individuelle (8) ont visé principalement à résoudre des problèmes associés aux soins et aux services (4). Les mesures proposées pour corriger les problèmes soulevés concernaient majoritairement (50 %) l'adaptation des soins et des services aux besoins particuliers d'une personne et la conciliation ou la médiation (25 %).

Les mesures correctives à portée globale (41) ont eu pour objectif principal de résoudre des problèmes associés à l'organisation du milieu (20) et aux soins et aux services (18). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés concernaient principalement l'adaptation des soins et des services (34 %) et l'adaptation du milieu (32 %), suivies de la révision des règles et des procédures, tant administratives que cliniques (12 %), et de la formation et de la supervision du personnel (10 %).

TABLEAU 2.21
Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs en 2009-2010

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIES DE MOTIFS						TOTAL	
	RELATIONS INTER-PERSONNELLES	SOINS ET SERVICES	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION MILIEU/MATÉRIEL	ASPECT FINANCIER	DROITS PARTICULIERS		
À PORTÉE INDIVIDUELLE : 16 % (8)								
MESURES	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**%**
Adaptation soins/services	1	2	1	0	0	0	4	50 %
Adaptation milieu/matériel	0	1	0	0	0	0	1	12,5 %
Conciliation/médiation	1	1	0	0	0	0	2	25 %
Sensibilisation intervenant	1	0	0	0	0	0	1	12,5 %
Obtention services	0	0	0	0	0	0	0	0
Respect des droits	0	0	0	0	0	0	0	0
Ajustement financier	0	0	0	0	0	0	0	0
SOUS-TOTAL	**3**	**4**	**1**	**0**	**0**	**0**	**8**	**100 %**
À PORTÉE GLOBALE : 84 % (41)								
MESURES	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**%**
Adaptation soins/services	3	10	1	0	0	0	14	34 %
Adaptation milieu/matériel	0	0	0	13	0	0	13	32 %
Révision règles/procédures	0	1	0	4	0	0	5	12 %
Communication/promotion	2	0	0	0	1	0	3	7 %
Formation/supervision	0	2	0	2	0	0	4	10 %
Respect des droits	0	0	0	0	0	0	0	0
Ajustement financier	0	1	0	1	0	0	2	5 %
SOUS-TOTAL	**5**	**14**	**1**	**20**	**1**	**0**	**41**	**100 %**
TOTAL	**8**	**18**	**2**	**20**	**1**	**0**	**49**	**100**

2.2.4 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES

Les mesures correctives proposées pour améliorer la qualité des services aux usagers se répartissent en deux catégories : les engagements pris par l'organisation visée lors de l'intervention et les recommandations formulées par le commissaire régional.

Parmi les 49 mesures correctives, on trouve 28 engagements (57 %) pris par les organisations visées et 21 recommandations formulées par le commissaire (43 %) afin de résoudre les problèmes signalés (tableau 2.22). Le processus d'intervention se distingue par une proportion plus importante d'engagements pris par l'organisation visée (57 %), comparativement au processus de traitement d'une plainte (33 %).

Globalement, 78 % (38) des mesures correctives proposées ont été implantées ou étaient en cours d'implantation au 31 mars 2010. La totalité (28) des engagements pris par les organisations visées a été respectée, alors que les recommandations du commissaire ont été suivies à 48 % (10 sur 21). Ce faible pourcentage est attribuable à une seule intervention qui a généré onze recommandations, non appliquées par la résidence privée pour personnes âgées. Cette résidence a cessé ses activités depuis l'intervention du commissaire.

TABLEAU 2.22
Nombre de mesures correctives, selon la catégorie de mesure et le pourcentage de mesures implantées par l'organisation visée en 2009-2010

ORGANISATIONS VISÉES	MESURES CORRECTIVES				TOTAL	
	ENGAGEMENTS		RECOMMANDATIONS			
	Nombre	% respectés	Nombre	% suivies	Nombre	% implantées
Résidences privées pour personnes âgées	23	100 %	21	48 % (10)	44	75 % (33)
Organismes communautaires	2	100 %	0	0	2	100 % (2)
Services préhospitaliers d'urgence	3	100 %	0	0	3	100 % (3)
TOTAL	28	100 %	21	48 %	49	78 % (38)

2.2.5 DÉLAI DE TRAITEMENT DES INTERVENTIONS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux ne prévoit pas, comme elle le fait pour les plaintes, de délai souhaitable pour conclure une intervention à la suite d'un signalement d'un usager, de son représentant ou d'une tierce personne.

En 2009-2010, 54 % des interventions (13) ont été conclues dans les 45 jours et moins, ce qui est supérieur à la proportion obtenue pour les plaintes conclues (45 %). Deux facteurs expliquent cette situation : l'urgence de la situation, qui oblige parfois une intervention rapide pour valider les faits allégués, et le nombre limité de motifs de signalement, qui, parfois, simplifie le processus de validation et de collecte d'information (tableau 2.23)

C'est pour les secteurs des services préhospitaliers d'urgence (50 %) et des résidences privées pour personnes âgées (50 %) que l'on a enregistré les plus faibles proportions d'interventions conclues à l'intérieur du délai de 45 jours et moins (tableau 2.24).

TABLEAU 2.23

Nombre et pourcentage d'interventions conclues, selon le délai de traitement (en jours) en 2009-2010

DÉLAI DE TRAITEMENT	2009-2010	
	Nombre	%
Moins de 3 jours	1	4 %
4 à 15 jours	6	25 %
16 à 30 jours	5	21 %
31 à 45 jours	1	4 %
SOUS-TOTAL	13	54 %
46 à 60 jours	2	8 %
61 à 90 jours	1	4 %
91 à 180 jours	8	34 %
181 jours et plus	0	0
SOUS-TOTAL	11	46 %
TOTAL	24	100 %

TABLEAU 2.24

Nombre et pourcentage d'interventions conclues en 45 jours et moins, selon l'organisation visée en 2009-2010

ORGANISATIONS VISÉES	INTERVENTIONS CONCLUES EN 45 JOURS ET MOINS	
	Nombre	%
Résidences privées pour personnes âgées	9	50 %
Organismes communautaires	2	100 %
Services préhospitaliers d'urgence	2	50 %
TOTAL	13	54 %

2.3 CONSTATS PAR ORGANISATION VISÉE : PLAINTES ET INTERVENTIONS

En regroupant les données sur les plaintes et les interventions, on constate de façon plus évidente l'importance de l'application du régime d'examen des plaintes pour les personnes qui habitent dans les résidences privées pour personnes âgées, comme on le voit au tableau 2.25.

TABLEAU 2.25
Nombre et pourcentage de plaintes et d'interventions conclues, de motifs de plainte et d'intervention et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2009-2010

ORGANISATIONS VISÉES	PLAINTES ET INTERVENTIONS		MOTIFS		MESURES CORRECTIVES	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Résidences privées pour personnes âgées	43	46 %	87	53 %	91	64 %
Organismes communautaires	20	21 %	33	20 %	30	21 %
Services préhospitaliers d'urgence	16	17 %	26	16 %	15	10 %
Agence de la Capitale-Nationale	8	9 %	9	5,5 %	7	5 %
Autres	7	7 %	9	5,5 %	0	0
TOTAL	94	100 %	164	100 %	143	100 %

2.3.1 RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES

Les résidences privées pour personnes âgées sont au nombre de 192 dans la région de la Capitale-Nationale. Elles comprennent un total de 9 571 unités locatives. En juin 2010, le taux d'occupation de ces résidences était de 96 %. Parmi les 192 résidences, 98 % (189) offraient le service de repas, 86 %, de l'assistance personnelle (165), 82 %, de l'aide domestique (158), et 44 %, des soins infirmiers (85).

Toute proportion gardée, les résidences privées pour personnes âgées, avec 46 % des plaintes et des signalements traités, sont surreprésentées au regard des motifs de plainte et des mesures correctives proposées. En effet, les résidences cumulent la plus grande part (53 %) des motifs d'insatisfaction et sont visées par plus de la moitié des mesures correctives proposées (64 %), comme on le voit au tableau 2.25. La majorité (53 %) des motifs d'insatisfaction (55) concerne l'organisation du milieu de vie et les soins et services offerts (25 %).

L'analyse des plaintes et des interventions dans ce secteur fait ressortir des problèmes récurrents au fil des ans. Soulignons la difficulté à recruter un personnel qualifié, une offre de service qui ne correspond pas aux besoins d'une partie de la clientèle et la méconnaissance de certaines problématiques, telles que les problèmes cognitifs ou de santé mentale, ou encore les troubles du comportement. Le partenariat accru entre les résidences privées pour personnes âgées et les centres de santé et de services sociaux ainsi que la certification des résidences privées pour personnes âgées constituent des mesures prometteuses pour résoudre les problèmes observés.

Les propriétaires des résidences privées rencontrés dans le cadre du traitement des plaintes et des interventions ont fait preuve d'ouverture et de collaboration pour discuter des situations problématiques et tenter de trouver des solutions aux motifs d'insatisfaction.

2.3.2 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

La région de la Capitale-Nationale compte au-delà de 250 organismes communautaires qui œuvrent en santé et services sociaux et qui répondent aux critères de l'article 334 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux[1]. Les plaintes concernant les services offerts par ces organismes sont de la compétence du commissaire régional des agences de la santé et des services sociaux de chaque région.

Les utilisateurs des organismes communautaires portent plainte ou font un signalement au commissaire principalement pour résoudre un problème lié aux relations interpersonnelles, à l'organisation du milieu et à l'accessibilité aux services. L'examen des plaintes (18) et des signalements (2) a révélé que, très souvent, les organismes ne possèdent pas de procédure interne pour gérer les insatisfactions de leur clientèle. Plusieurs recommandations ont été formulées à ce sujet. De plus, on observe souvent que les attentes des clients dépassent l'offre de service de l'organisme ou n'y correspondent pas.

Dans tous les cas, les gestionnaires d'organismes communautaires visés par des plaintes et des signalements ont démontré une grande volonté de répondre aux besoins de leur clientèle et d'améliorer leurs services dans le cadre de leur mission et dans la mesure de leurs possibilités.

2.3.3 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

En 2009-2010, 16 plaintes et interventions conclues concernaient les services préhospitaliers d'urgence, soit les services ambulanciers (14) et le Centre de communication santé des Capitales (2). Durant cette même année, il y a eu 52 020 transports ambulanciers urgents.

Les 26 motifs de plainte et d'interventions conclues en 2009-2010 relatifs aux services préhospitaliers d'urgence appartenaient principalement à deux catégories : les soins et services (50 %) et les relations interpersonnelles (27 %).

Les usagers sont insatisfaits du délai qui s'écoule avant l'arrivée de l'ambulance ainsi que de l'évaluation et du jugement professionnel des techniciens ambulanciers/paramédicaux et des répondants médicaux d'urgence de la Centrale de communication santé des Capitales. Les recommandations et les engagements des organisations concernées visaient principalement les relations interpersonnelles, notamment l'importance de respecter le code d'éthique des organisations.

Les 12 motifs d'insatisfaction pour lesquels aucune recommandation n'a été formulée témoignaient d'une méconnaissance de la part des plaignants des procédures et des normes entourant le transport ambulancier. Les lettres de conclusion expédiées au terme de l'examen de la plainte ou de l'intervention visaient, notamment, à donner à la personne les explications lui permettant d'avoir une meilleure compréhension des éléments qu'elle avait portés à l'attention du commissaire régional.

---

1. Article 334 : « Dans la présente loi, on entend par "organisme communautaire" une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées aux domaines de la santé et des services sociaux » (L.R.Q., chapitre S-4.2).

Tant le Centre de communication santé des Capitales que les compagnies ambulancières visées par les plaintes et les signalements ont fait preuve d'ouverture et ont offert leur entière collaboration au traitement de chacun des dossiers.

2.3.4 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La totalité des motifs d'insatisfaction (9) au sujet de l'Agence a été formulée à l'intérieur des plaintes (8) adressées au commissaire régional.

L'usager ou son représentant porte plainte contre l'Agence majoritairement (cinq plaintes sur huit) pour souligner un problème lié à l'application du Programme d'évaluation et de coordination des admissions en hébergement (PÉCA). Il s'agit principalement des modalités d'admission en CHSLD et d'attribution des places en hébergement transitoire pour les usagers en attente dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Six mesures correctives ont été proposées pour améliorer le fonctionnement du PÉCA, notamment pour favoriser le regroupement des conjoints âgés dans un même CHSLD et assurer une meilleure diffusion de l'information sur les règles de fonctionnement du PÉCA auprès des intervenants et des personnes concernés. Le directeur des programmes clientèles de l'Agence voit présentement à implanter ces mesures.

L'analyse des plaintes au sujet du PÉCA fait ressortir une méconnaissance, de la part des plaignants, des procédures et des normes entourant notamment l'hébergement temporaire et l'hébergement en soins de longue durée. Les lettres de conclusion expédiées aux plaignants au terme de l'examen de leur plainte visaient, notamment, à leur donner les explications nécessaires pour leur permettre d'avoir une meilleure compréhension des éléments qu'ils avaient portés à l'attention du commissaire régional.

Une plainte remettait en question l'organisation des services préhospitaliers d'urgence sur le territoire de la région de la Capitale-Nationale. Cette plainte a donné lieu à trois mesures correctives. Elles ont toutes été mises en œuvre par la directrice régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières de l'Agence.

Les deux autres plaintes adressées à l'Agence concernaient pour l'une, la période de pandémie, et, pour l'autre, les renseignements contenus dans un dépliant d'information relatif à l'ouverture de cliniques médicales réseau. Aucune recommandation n'a été formulée à la suite de ces dernières plaintes. Toutefois, les directions concernées ont été informées des motifs d'insatisfaction de la clientèle.

2.4 DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION

Dans le cadre de ses fonctions, le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est appelé à répondre à des demandes d'assistance et de consultation provenant de la population, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région ou d'autres partenaires externes.

Il est souvent possible d'offrir une réponse rapide à ces demandes tout en anticipant ou en prévenant des plaintes liées, par exemple, aux droits ou encore aux normes de fonctionnement et d'accès de différents services.

Le bureau du commissaire régional a traité 163 demandes d'assistance et de consultation en 2009-2010, comparativement à 116 en 2008-2009.

2.4.1 DEMANDES D'ASSISTANCE

Une demande d'assistance est une demande d'aide. Elle exige parfois des démarches de recherche, de suivi et souvent d'accompagnement de la part du commissaire ou de son adjointe administrative.

En 2009-2010, un suivi a été donné à 147 demandes d'assistance. L'adjointe administrative a répondu à 48 % (71) des cas, tandis que le commissaire à 52 % (76) des cas. Ces demandes provenaient essentiellement des usagers, de leurs proches ou de la population en général. Dans une proportion de 94 % (138), les demandeurs souhaitaient qu'on leur facilite l'obtention d'un service et, dans une moindre mesure (6 %), qu'on les aide à formuler une plainte (9).

Les 147 demandes d'assistance se concentraient principalement dans 2 catégories : l'accessibilité ou la continuité des services (46 %) et les soins et services dispensés (12 %) (tableau 2.26). Les actions entreprises pour répondre aux demandes d'assistance ont consisté principalement à orienter la personne vers le bon service (51 %) et à lui fournir de l'information générale (35 %) sur le fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux ou sur le régime d'examen des plaintes (tableau 2.27).

Parmi les 147 demandes d'assistance, 22 étaient en lien avec la période de pandémie de grippe H1N1. L'insatisfaction portait, par ordre d'importance, sur le calendrier de vaccination par groupe prioritaire, la définition des groupes à risque et les délais d'attente pour recevoir le vaccin aux lieux de vaccination.

TABLEAU 2.26
Nombre et pourcentage des motifs des demandes d'assistance, selon les catégories de motifs

CATÉGORIES DE MOTIFS	2009-2010	
	Nombre	%
Relations interpersonnelles	5	3 %
Soins et services dispensés	17	12 %
Accessibilité et continuité	67	46 %
Organisation milieu/matériel	13	9 %
Aspect financier	12	8 %
Droits particuliers	13	9 %
Autres objets de demande	20	13 %
TOTAL	147	100 %

TABLEAU 2.27
Nombre et pourcentage des actions entreprises à la suite des demandes d'assistance, selon les catégories d'action

CATÉGORIES DE MOTIFS	2009-2010	
	Nombre	%
Information générale	52	35 %
Clarification	4	3 %
Intercession ou liaison	12	8 %
Référence	75	51 %
Autres	4	3 %
TOTAL	147	100 %

2.4.2 DEMANDE DE CONSULTATION

Une consultation est la réponse à une demande d'information ou à une demande d'avis sur un sujet en rapport avec le régime d'examen des plaintes. Elle exige parfois des démarches de recherche et de suivi.

En 2009-2010, un suivi a été donné à 16 demandes de ce type. Elles provenaient des commissaires locaux (7), du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (2), du Protecteur du citoyen (2), des intervenants des CSSS (2), de l'Agence (2) et d'un organisme communautaire (1).

2.5 AUTRES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE

En plus de traiter les plaintes et les signalements, de fournir de l'assistance et de répondre aux demandes de consultation, le commissaire aux plaintes et à la qualité doit :

- ✓ Collaborer avec les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services.
- ✓ Collaborer avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes.
- ✓ Soutenir le développement et le suivi régional du Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS).
- ✓ Collaborer au développement et à l'organisation des activités liées au régime d'examen des plaintes et aux droits des usagers, tant à l'échelle régionale que provinciale.
- ✓ Élaborer et présenter au conseil d'administration, pour approbation, un rapport annuel intégrant le bilan de ses activités ainsi qu'une synthèse des rapports annuels des commissaires locaux des établissements de la région.
- ✓ Assurer un suivi périodique, auprès du comité de vigilance et de la qualité des services, des engagements des organisations visées et de ses recommandations tant pour les plaintes que pour les signalements.

- ✓ Assurer la promotion de l'indépendance de son rôle de commissaire aux plaintes et à la qualité des services.
- ✓ Assurer le développement de son expertise, notamment par la formation appropriée et par la mise à niveau de ses connaissances.

En 2009-2010, 46 activités dites « autres activités du commissaire » ont été enregistrées dans le Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS). Un peu plus des trois quarts (78 %) de ces activités étaient liés à l'amélioration du fonctionnement du régime d'examen des plaintes (tableau 2.28).

Il s'agissait principalement d'activités de collaboration avec la Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux, le Protecteur du citoyen, les commissaires régionaux, le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes et les commissaires locaux de la région de la Capitale-Nationale. Notons entre autres la participation du commissaire, à titre de représentant de la table des commissaires régionaux, au Groupe de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux sur la formation des préposés de résidences pour personnes âgées.

D'autres activités ont été accomplies dans le but d'implanter une procédure efficace de traitement des plaintes, incluant le suivi des recommandations, et d'assurer une gestion efficiente des ressources attribuées au Commissariat aux plaintes et à la qualité des services. Enfin, la participation à des activités de formation a servi à développer l'expertise requise pour exercer avec efficacité la fonction de commissaire régional.

Il est important de souligner la création de la Table de concertation des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de la Capitale-Nationale. Le mandat de cette table de concertation est de contribuer à l'amélioration de l'application du régime d'examen des plaintes, permettant ainsi d'accroître la satisfaction des usagers, le respect de leurs droits ainsi que la qualité des services qui leur sont offerts. La Table de concertation est composée de tous les commissaires locaux des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (publics, privés, privés conventionnés) et du commissaire régional. La direction de la Table de concertation s'exerce en cogestion. Les membres de la Table de concertation ont désigné le commissaire régional à titre de président ainsi que deux coprésidents en provenance des établissements. En 2009-2010, la Table de concertation a tenu deux réunions.

TABLEAU 2.28
Nombre et pourcentage des activités du commissaire, selon les catégories

CATÉGORIES D'ACTIVITÉS	2009-2010	
	Nombre	%
Promotion ou information	6	13 %
Communication au conseil d'administration	1	2 %
Participation au comité de vigilance et de la qualité	3	7 %
Collaboration au fonctionnement du régime d'examen des plaintes	36	78 %
TOTAL	**46**	**100 %**

ANNEXES

ANNEXE I

Liste des établissements de la région de la Capitale-Nationale

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	MISSION**
Centre d'hébergement du Boisé Itée*	▪ CHSLD privé conventionné
Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes inc.	▪ CHSLD privé conventionné
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (CRDIQ)	▪ CRDI
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV)	▪ CRPAT
Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord	▪ CHSGS ▪ CHSLD ▪ CLSC
Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix	▪ CHSGS ▪ CHSLD ▪ CLSC ▪ CRDI ▪ CRDP-MOT (CRDM)
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale	▪ CHSGS ▪ CHSLD ▪ CLSC
Centre de santé et de services sociaux de Portneuf	▪ CHSGS ▪ CHSLD ▪ CLSC
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA)	▪ CHSGS
Centre hospitalier Notre-Dame-du-Chemin inc.*	▪ CHSLD privé conventionné
Centre hospitalier Saint-François inc.*	▪ CHSLD privé conventionné
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)	▪ CHSGS
Centre jeunesse de Québec	▪ CJ
CHSLD Côté-Jardin inc.	▪ CHSLD privé non conventionné
Conseil de la nation huronne Wendat *	▪ CHSLD privé non conventionné
Groupe Champlain inc. (Centre d'hébergement Champlain des Montagnes) *	▪ CHSLD privé conventionné

ANNEXE I (suite)

Liste des établissements de la région de la Capitale-Nationale

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	MISSION**
Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's Home inc.	▪ CHSGS ▪ CHSLD
Hôpital Sainte-Monique inc.*	▪ CHSLD privé conventionné
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ)	▪ CRDP-AUD ▪ CRDP-MOT ▪ CRDP-VIS
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	▪ CHSGS
Institut universitaire en santé mentale de Québec	▪ CHSP ▪ CHSLD
Jardins du Haut-Saint-Laurent (1992) inc.	▪ CHSLD privé non conventionné
La Corporation Notre-Dame de Bon-Secours (La Champenoise) *	▪ CHSLD privé conventionné
La Maison Legault inc.*	▪ CHSLD privé non conventionné
La Maison Michel-Sarrazin*	▪ CHSGS privé conventionné spécifique
Le Centre d'accueil Nazareth inc.*	▪ CHSLD privé conventionné
Pavillon Saint-Dominique *	▪ CHSLD privé non conventionné
Vigi Santé ltée (CHSLD Saint-Augustin)	▪ CHSLD privé conventionné

*** Aucune plainte formulée.**

**** Voir annexe II pour la signification des sigles et acronymes.**

ANNEXE II

Liste des sigles et des acronymes

SIGLE UTILISÉ	MISSION
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CRDI	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique
CRPAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes
CSSS	Centre de santé et de services sociaux

ANNEXE III

Description des catégories de motifs de plainte et d'interventions

Catégories	Objets de plainte et de signalement	
Accessibilité et continuité	▪ Délai ▪ Refus de services ▪ Transfert ▪ Absence de ressources ▪ Accessibilité linguistique ▪ Choix de l'établissement ou du professionnel ▪ Autre	
Soins et services dispensés	▪ Habiletés techniques et professionnelles ▪ Évaluation, jugement professionnel ▪ Traitement ou intervention ▪ Continuité ▪ Conduite routière ▪ Autre	
Relations interpersonnelles	▪ Fiabilité ▪ Respect de la personne ▪ Respect de la vie privée ▪ Empathie ▪ Communication avec l'entourage (famille, proches, etc.)	▪ Violence et abus ▪ Attitude ▪ Disponibilité ▪ Identification du personnel ▪ Autre
Organisation et ressources matérielles	▪ Alimentation ▪ Intimité ▪ Mixité des clientèles ▪ Organisation spatiale ▪ Hygiène et salubrité ▪ Confort et commodités ▪ Relations avec la communauté ▪ Équipement et matériel ▪ Stationnement	▪ Règles et procédures de milieu de vie ▪ Conditions de vie adaptées au caractère ethnoculturel et religieux ▪ Sécurité et protection ▪ Autre
Aspect financier	▪ Facturation ▪ Frais d'hébergement ▪ Frais de déplacement ▪ Frais de transport ambulancier ▪ Frais de médicaments ▪ Frais de stationnement ▪ Besoins spéciaux	▪ Aide matérielle et financière ▪ Allocation des ressources financières ▪ Réclamation ▪ Sollicitation ▪ Autre
Droits particuliers	▪ Information adéquate ▪ Dossier de l'usager et dossier de plainte ▪ Participation de l'usager ▪ Consentement aux soins ▪ Consentement à l'expérimentation	▪ Droit à la représentation ▪ Droit à l'assistance ▪ Droit de porter plainte ▪ Recours ▪ Autre

* Tels qu'ils sont définis par le Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS).

ANNEXE IV

Liste des tableaux

N°	Partie I - Titre des tableaux	Page
1.1	Nombre de plaintes traitées, selon le statut, le responsable et l'année	p. 16
1.2	Nombre et pourcentage de plaintes en cours d'examen au début et à la fin de l'exercice 2009-2010, selon le responsable et la mission des établissements	p.17
1.3	Nombre et pourcentage de plaintes reçues en 2009-2010, selon le responsable et la mission des établissements	p. 17
1.4	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le responsable et l'auteur	p. 18
1.5	Nombre de l'ensemble des plaintes conclues, selon l'année et la mission des établissements	p. 19
1.6	Nombre et pourcentage de plaintes conclues en 2009-2010, selon le responsable et la mission des établissements	p. 19
1.7	Nombre de motifs pour l'ensemble des plaintes conclues, selon l'année	p. 20
1.8	Nombre et pourcentage de motifs pour l'ensemble des plaintes conclues, selon la catégorie de motif et l'année	p. 20
1.9	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2009-2010, selon le responsable et la catégorie de motif	p. 21
1.10	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2009-2010, selon le responsable et le stade de traitement	p. 22
1.11	Nombre de motifs pour les plaintes conclues en 2009-2010, selon le responsable, les catégories de motifs et les catégories de traitement	p. 23
1.12	Nombre de mesures correctives pour les plaintes conclues par les commissaires locaux en 2009-2010, selon la catégorie de motif	p. 25
1.13	Nombre de mesures correctives pour les plaintes conclues par les médecins examinateurs en 2009-2010, selon la catégorie de motif	p. 26
1.14	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) en 2009-2010	p. 27
1.15	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes reçues en 2009-2010 et transmises en deuxième instance, selon le responsable et la catégorie de motif	p. 28
1.16	Nombre de plaintes traitées par les comités de révision, selon leur statut	p. 29
1.17	Nombre et pourcentage de plaintes conclues par les comités de révision en 2009-2010, selon le délai de traitement (en jours)	p. 30
1.18	Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon leur statut	p. 30
1.19	Nombre et pourcentage d'interventions conclues par les commissaires locaux, selon l'auteur	p. 31
1.20	Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon l'établissement et le statut au 31 mars 2010	p. 31
1.21	Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2009-2010, selon la catégorie de motif et le stade de traitement	p. 32
1.22	Nombre de motifs pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2009-2010, selon la catégorie de motif et la catégorie de traitement	p. 33
1.23	Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2009-2010, selon la catégorie de motif	p. 34
1.24	Nombre et pourcentage des autres activités des commissaires locaux, selon les catégories d'activités	p. 36

ANNEXE IV (suite)

Liste des tableaux

N°	Partie II - Titre des tableaux	Page
2.1	Nombre de plaintes traitées, selon l'année et le statut	p. 38
2.2	Nombre et pourcentage de plaintes en cours d'examen au début et à la fin de l'exercice 2009-2010, selon l'organisation visée	p. 39
2.3	Nombre et pourcentage de plaintes reçues de 2007-2008 à 2009-2010, selon l'organisation visée	p. 39
2.4	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon l'auteur	p. 40
2.5	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, de motifs de plainte et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2009-2010	p. 40
2.6	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon l'organisation visée et l'année	p. 41
2.7	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et l'année	p. 42
2.8	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2009-2010	p. 42
2.9	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon le stade de traitement et l'organisation visée en 2009-2010	p. 43
2.10	Nombre de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et les catégories de traitement en 2009-2010	p. 43
2.11	Nombre de mesures correctives proposées pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs en 2009-2010	p. 44
2.12	Nombre de mesures correctives, selon la catégorie de mesure et le pourcentage de mesures implantées par l'organisation visée en 2009-2010	p. 45
2.13	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) en 2009-2010	p. 47
2.14	Nombre et pourcentage de plaintes conclues en 45 jours et moins, selon l'organisation visée en 2009-2010	p. 47
2.15	Nombre de signalements traités selon leur statut	p. 48
2.16	Nombre et pourcentage d'interventions conclues, selon l'auteur	p. 49
2.17	Nombre et pourcentage de signalements traités, de motifs de signalement et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2009-2010	p. 49
2.18	Nombre et pourcentage de motifs pour les signalements traités, selon les catégories de motifs	p. 50
2.19	Nombre et pourcentage de motifs pour les signalements traités, selon le stade de traitement et l'organisation visée en 2009-2010	p. 50
2.20	Nombre de motifs pour les catégories de motif et les catégories de traitement en 2009-2010	p. 51
2.21	Nombre de mesures correctives pour les signalements traités, selon les catégories de motifs en 2009-2010	p. 52
2.22	Nombre de mesures correctives, selon la catégorie de mesure et le pourcentage de mesures implantées par l'organisation visée en 2009-2010	p. 53
2.23	Nombre et pourcentage de signalements traités, selon le délai de traitement (en jours) en 2009-2010	p. 54
2.24	Nombre et pourcentage de signalements traités en 45 jours et moins, selon l'organisation visée en 2009-2010	p. 54
2.25	Nombre et pourcentage de plaintes et signalements traités, de motifs de plainte, de signalements et mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2009-2010	p. 55
2.26	Nombre et pourcentage des motifs des demandes d'assistance, selon les catégories de motifs	p. 58
2.27	Nombre et pourcentage des actions entreprises à la suite des demandes d'assistance, selon les catégories d'action	p. 59
2.28	Nombre et pourcentage des activités du commissaire, selon les catégories	p. 60

Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale

Québec